EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

DR L. MARTINEAU

Médecin de l'hôpital de Lourcine,
MEMBRE ET ANCIEN SECRÉTAIRE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX,
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE,
DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE,
DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION,
DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE,
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE ROYALE
DE MÉDECINE DE ROME,
VICE-SECRÉTAIRE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE
LAURÉAT (MÉDAILLE D'OR) DES HOPITAUX,
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE (PRIX CHATEAUVILLARD, MENTION),
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,
GRAND-OFFICIER DE L'ORDRE DU NICHAM-IFTIKHAR.



PARIS
A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
A. DAVY, Successeur
52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14.

1883

EXPOSÉ DES TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr L. MARTINEAU

Section première.

TITRES

1856. — Externe des hôpitaux.
1858. — Interne provisoire des hôpitaux.
1859. — Interne des hôpitaux.
1860. — Lauréat des hôpitaux (concours des internes, 1re et 2e année).
1861. — Lauréat des hôpitaux (concours des internes 1re et 2e année, accessit : livres).
1862. — Lauréat des hôpitaux (concours des internes, 3e et 4e année, 2e mention).
1863. — Lauréat des hôpitaux (concours des internes, 3e et 4e année. 1er prix, médaille d'or).
1863. — Docteur en médecine.
1864. — Lauréat de la Faculté de médecine de Paris (prix Chateauvillard : mention).

1869. — Vice-Secrétaire de l'Association générale des Médecins de France.
1872. — Médecin du Bureau central des hôpitaux (premier de la promotion).
1872. — Membre de la Société médicale des hôpitaux de de Paris.
1873. — Membre de la Société de thérapeutique.
1876. — Médecin de l'hôpital de Lourcine.
1883. — Membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Rome.

Section II.

ENSEIGNEMENT

Depuis 1877, tous les ans, pendant huit mois, cours clinique de gynécologie et de syphiligraphie.

A ma demande, l'administration de l'assistance publique a ouvert l'hôpital spécial de Lourcine à tous les médecins et étudiants en médecine, qui veulent suivre, tous les jours, les services. Une carte leur est délivrée par le directeur de l'hôpital.

Section III.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

GYNÉCOLOGIE

I. — Traité clinique des affections de l'utérus et de ses annexes, 1 vol. grand in-8°, de 896 pages. Paris, 1879.

Cet ouvrage est divisé en deux parties. La première est consacrée à la pathologie générale des affections utérines ; la deuxième,

à la pathologie spéciale des affections de l'utérus et de ses annexes.

En traitant la pathologie générale des affections utérines, si délaissée par la plupart des gynécologistes, mon but a été de prouver, ce que la clinique m'avait appris depuis longtemps, que ces affections sont le plus souvent d'origine constitutionnelle ou diathésique et que leur traitement repose ainsi sur des bases nettes et précises. Cette opinion, appuyée par la tradition, la clinique et la thérapeutique, est la dominante de tout l'ouvrage.

Cette première partie est divisée en trois chapitres: le premier traite de la pathogénie des affections de l'utérus et de ses annexes, de leur développement; le deuxième, de la symptomatologie générale; le troisième, de la thérapeutique générale.

A propos de la pathogénie, aprés avoir établi quo les affections utérines ne constitue pas une entité morbide, qu'elles sont d'origine constitutionnelle ou non constitutionnelle, je passe en revue les différentes causes qui les produisent.

Les affections utérines constitutionnelles se développent d'emblée ou consécutivement. Dans le premier cas, elles sont primitives, protopathiques; dans le deuxième cas, elles sont secondaires, deutéropathiques. Ces derniéres sont beaucoup plus fréquentes que les premiéres, parce qu'elles sont constamment sollicitées par un grand nombre de causes qui fixent sur l'utérus le principe constitutionnel ou diathésique.

Les causes générales des affections utérines sont la scrofule, l'arthritisme, l'herpétis, la syphilis, la chlorose, les diathèses cancéreuse ou tuberculeuse. C'est à elles qu'il faut réserver le nom de causes prédisposantes; alors qu'elles existent, il suffit du plus léger trouble dans la nutrition de l'organe, dans ses fonctions physiologiques; il suffit du plus léger traumatisme pour donner lieu au développement d'une affection utérine scrofuleuse, arthritique, herpétique, chlorotique, syphilitique, tuberculeuse, cancéreuse. Il est important de savoir qu'en debors de toute cause, la maladie générale constitutionnelle ou diathésique peut se développer sur l'utérus et produire, ainsi que je l'ai dit, une

affection qui, dans ce cas, offre un développement d'emblée ; aussi mérite-t-elle le nom de protopathique.

Après avoir montré que ces affections protopathiques existent, je passe à l'étude des affections deutéropathiques et j'étudie successivement les causes qui les produisent ; ce sont les causes déterminantes occasionnelles des affections utérines. C'est ainsi que je passe en revue tous les changements de structure, d'état ou de position que subit l'utérus par le fait de la grossesse, de l'avortement, de l'accouchement, de la menstruation, de la ménopause, de l'allaitement, etc., etc.

Après avoir signalé le traumatisme et toutes les causes qui produisent la congestion utérine et avoir moutré que toutes ces causes se rencontrent dans la production des affections utérines non constitutionnelles, j'en étudie le développement, la pathogénie, en m'appuyant sur l'aphorisme de mon excellent et regretté maître, Pidoux : « l'affection aiguë est la maladie de l'espèce ; l'affection chronique est celle de l'individu ».

Le deuxième chapitre de la pathologie générale est consacré à la symptomatologie des affections utérines.

Ayant établi que les affections utérines ne sont pas des maladies, qu'elles ne sont pas seulement des affections locales, mais bien des lésions résultant le plus ordinairement d'un état général constitutionnel ou diathésique, je suis conduit par cela même à décrire une symptomatologie générale variant suivant les différentes maladies dont relèvent ces lésions. Cette symptomatologie comporte l'étude des symptômes locaux, des symptômes généraux, des symptômes sympathiques.

Parmi les symptômes sympathiques si nombreux qui se développent par le fait de l'évolution de l'affection utérine, je passe successivement en revue ceux qui se produisent, soit du côté du tube digestif et de ses annexes, soit du côté du système nerveux, soit du côté des appareils de la circulation et de la respiration, soit enfin sur le système tégumentaire.

A propos des troubles sympathiques du tube digestif, j'étudie notamment la colique hépatique, dont les accès périodiques coïncident si fréquemment avec la périodicité des menstrues, ainsi

que Bennet et Aran l'ont signalé. Je rapporte à l'appui plusieurs observations (1).

Dans l'étude des troubles de nutrition, je signale surtout l'obésité générale ou localisée à l'abdomen, qui a été si bien décrite par le professeur Depaul sous le nom de grossesse adipeuse, et qui est parfois l'origine d'erreurs grossières de diagnostic.

Parmi les troubles nerveux, si fréquents dans le cours des affections utérines, j'étudie les névralgies, les anesthésies, les spasmes, les convulsions, les contractures, les paralysies motrices, les troubles intellectuels, les vésanies. Comme particularité intéressante à signaler, je mentionne la chorée et l'asthme utérin dont j'ai publié quelques observations. Enfin, après avoir passé en revue les affections cutanées dans leurs rapports avec les affections utéro-vaginales, je termine cette étude de symptomatologie générale par celle de la relation qui existe entre l'hystérie et les affections utérines, et je conclus en disant: « L'hystérie ne réside ni dans l'utérus, ni dans l'ovaire. Cette névrose est le fait d'un tempérament nerveux spécial ou excessif qui en est le point de départ; l'irritabilité de l'ovaire ou la susceptibilité de l'utérus sont capables de faire éclore les manifestations hystériques, de les multiplier même; mais, en dehors du tempérament nerveux préexistant, elles sont incapables de développer l'hystérie. »

Après avoir étudié les symptômes généraux de la maladie générale constitutionnelle ou diathésique, qui tient sous sa dépendance l'affection utérine, après avoir signalé les symptômes locaux, je termine ce chapitre par quelques considérations générales sur la marche, la terminaison, les complications et le pronostic des affections utérines, en montrant que ces affections ne deviennent chroniques que s'il existe un état constitutionnel ou diathésique péexistant. Si les médecins tiennent compte de cette pathogénie véritable et indéniable des affections utérines, la terminaison par la guérison, qui est regardée comme une exception,

(1) Depuis la publication de cet ouvrage, j'ai recueilli un certain nombre d'observations qui confirment de plus en plus cette coïncidence.

à tel point que plusieurs gynécologues n'ont pas hésité à écrire qu'une affection utérine chronique était incurable, sera la règle, ainsi que des milliers de cas, recueillis par mes élèves avec la plus scrupuleuse observation, l'attestent aujourd'hui.

La pathogénie des affections utérines ainsi constituée, leur évolution mieux appréciée, mieux connue, leurs lésions mieux établies, le médecin peut poser sur des bases solides, nettes et précises, la thérapeutique de ces affections. C'est le sujet du troisième chapitre qui termine ces études sur la pathologie générale.

Ayant établi, d'après l'exposé précédent, que le médecin, avant de commencer le traitement d'une affection utérine, doit procéder à un triple diagnostic : diagnostic de la lésion (diagnostic anatomique), diagnostic de la cause (diagnostic pathogénique), diagnostic de la nature de l'affection (diagnostic nosologique), je montre que la thérapeutique des affections utéro-vaginales doit répondre pour être réellement efficace et durable à la triple indication du diagnostic. Il faut, pour obtenir la guérison de ces affections, que le médecin s'adresse, non seulement à la lésion, mais encore à la nature de l'état général qui la tient sous sa dépendance.

De ces principes thérapeutiques découlent trois indications principales : 1° Traiter la maladie constitutionnelle ou diathésique, cause prédisposante générale de l'affection ; 2° traiter l'affection locale ou lésion ; 3° prévenir les causes déterminantes, les causes productrices de l'affection. L'hygiène joue, dans ce dernier cas, un grand rôle ; aussi ne doit-elle pas être négligée dans la thérapeutique des affections utéro-vaginales.

Ces principes de thérapeutique générale posés, je passe en revue les médications soit internes, soit externes, qui répondent à ces trois indications ; j'insiste surtout sur l'application des eaux minérales, de la thérapie marine, de l'hydrothérapie au traitement des affections utéro-vaginales ; je montre que ces trois agents ont une réelle efficacité parce qu'ils s'adressent à deux des indications thérapeutiques : la lésion et la maladie générale constitutionnelle ou diathésique d'où dépend l'affection utérine.

En effet, ils constituent à la fois une médication interne par

leur ingestion dans l'estomac et une médication externe par leur action sur la circulation, sur le système nerveux; car, suivant leur emploi, on obtient des actions révulsives, excitantes, sédatives, antiphlogistiques, résolutives.

Après un historique où je rappelle les travaux des médecins qui ont préconisé l'emploi des eaux minérales dans le traitement des affections utéro-vaginales, j'étudie leur action, leurs indications et leurs contre-indications; je fais connaître leur composition chimique, leur classification; ce n'est qu'en connaissant bien la composition de ces agents thérapeutiques, si puissants sur l'économie, que le médecin peut résoudre les problèmes suivants : 1° quelle est l'eau minérale spécifique de la maladie constitutionnelle, cause prédisposante générale de l'affection utéro-vaginale? 2° quelle est l'eau minérale qui répond aux divers modes pathogéniques de l'affection, à ses diverses modalités cliniques et anatomiques. Ce n'est, en effet, qu'après avoir bien apprécié la nature, la cause et l'expression pathologique d'une affection utéro-vaginale, que le médecin peut prescrire une eau minérale, suivant que, par sa composition chimique, sa minéralisation, sa thermalité, elle répond aux problèmes ci-dessus. Les mêmes considérations doivent guider le médecin lorsqu'il prescrit, comme traitement d'une affection utéro-vaginale, la thérapie marine et l'hydrothérapie.

La deuxième partie est consacrée à la pathologie spéciale. Elle est divisée en onze chapitres dans lesquels j'étudie successivement la métrite, la leucorrhée; l'hémorrhagie utérine, l'aménorrhée, la dysménorrhée, les déviations utérines, l'adéno-lymphite péri-utérine et ses conséquences : l'adéno-phlegmon du ligament large, l'adéno-phlegmon péri-utérin, l'adéno-pelvi-péritonite; l'ovarite et la salpingite; l'hématocèle péri-utérine.

Après avoir rappelé l'anatomie de l'utérus et insisté sur le système lymphatique de cet organe qui joue un si grand rôle dans l'inflammation de l'utérus et ses complications, je commence l'étude de la métrite que je divise en deux groupes : la métrite constitutionnelle, la métrite non constitutionnelle.

A propos de l'anatomie pathologique, j'étudie successivement

les lésions de la muqueuse utérine, les lésions du parenchyme, les lésions des annexes de l'utérus, montrant que ces lésions se rattachent presque constamment à l'inflammation des lymphatiques utérins et péri-utérins. Je montre de même que les lésions anatomiques de l'inflammation utérine sont les unes constantes, les autres variables, fait essentiel qui n'a pas été assez mis en lumière par les gynécologues et qui joue un grand rôle dans la modalité clinique de la métrite.

La symptomatologie de la métrite comprend l'étude des symptômes locaux et généraux de la métrite aiguë et chronique, celle des symptômes sympathiques et celle des symptômes généraux de la maladie constitutionnelle. Je montre la variabilité de tous ces symptômes qui contribue à donner à l'inflammation utérine une physionomie des plus variées, une grande variété dans ses modalités cliniques.

A propos de cette étude symptomatologique, je passe en revue les divers procédés employés pour l'examen de l'utérus et j'insiste sur un procédé alors tout nouveau en France, la thermométrie utérine pratiquée à l'aide d'un thermométre construit spécialement par M. Baserga, fils. De mes expériences faites à l'hôpital de Lourcine, il ressort que, dans le cours de la métrite aiguë, subaiguë et même chronique, la température utérine est plus élevée que la température du vagin, que la température du corps de un, deux, trois et parfois quatre et cinq dixièmes.

L'étiologie de la métrite est étudiée avec le plus grand soin. Je montre surtout l'influence de la grossesse, de l'accouchement, de l'avortement sur le développement de la métrite, et en particulier de la métrite constitutionnelle.

Après avoir indiqué l'évolution de la métrite j'étudie le diagnostic et le pronostic de cette affection alors qu'elle est constitutionnelle ou non constitutionnelle et j'arrive à son traitement qui, basé sur le triple diagnostic que comporte toute affection, est divisé en trois parties : le traitement local ou traitement de la lésion ; le traitement de la cause ou traitement pathogénique, englobant les moyens hygiéniques qui doivent être préconisés pour prévenir le développement de l'inflammation utérine ; le traite-

ment de la maladie générale constitutionnelle ou diathésique qu a présidé au développement de cette inflammation, c'est le traitement nosologique. Je passe en revue tous les moyens thérapeutiques employés jusqu'à ce jour par les gynécologues; j'insiste sur ceux qui me paraissent devoir être préférés; je montre notamment qu'ils doivent répondre aux modalités cliniques et anatomiques de l'affection; j'établis enfin que l'indication de cette thérapeutique repose surtout sur l'existence de l'adéno lymphite. Je dois dire toutefois que cette partie du traitement de la métrite a été l'objet de plus grands développements dans mes leçons de l'année 1882 sur la thérapeutique de la métrite, ayant acquis depuis la publication de ce traité une expérience plus considérable à propos du rôle joué par l'adéno-lymphite utérine dans le développement des lésions péri-utérines.

(Voir à ce sujet le résumé de ces leçons, § 3, p. 14).

A propos de la leucorrhée, de l'hémorrhagie utérine, de l'aménorrhée, de la dysménorrhée, des ulcérations du col de l'utérus, des déviations utérines, j'établis que ces phénomènes morbides ne constituent pas, ainsi que quelques gynécologues l'ont prétendu, des affections spéciales, mais bien des modalités cliniques de l'affection utérine; elles sont rarement observées en dehors d'elle.

L'étude de l'adéno-lymphite péri-utérine, lésion qui, pour moi, joue un si grand rôle dans la production des affections péri-utérines, a été l'objet d'un chapitre spécial dans lequel je me suis appliqué à en tracer les caractères cliniques.

Après avoir rappelé que M. J. Lucas-Championnière a donné les descriptions les plus complètes sur l'anatomie des lymphatiques utérins et sur les lésions dont ces vaisseaux sont atteints pendant la grossesse et après l'acconchement, alors qu'ils deviennent le siège d'une inflammation parfois redoutable; après avoir rappelé la description de M. A. Guérin alors qu'il a été conduit à exonérer les ligaments larges de l'inflammation qu'on leur attribue pour la placer dans l'appareil lymphatique post-pubien, j'entre dans l'étude de cette lésion uté-

rine et péri-utérine ; je montre que l'inflammation utérine est toujours accompagnée de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques de la muqueuse utérine.

Dans la première période de la métrite, l'inflammation se borne aux lympbatiques et aux ganglions utérins et péri-utérins ; dans dans la deuxième période, elle se propage au tissu cellulaire ou à la séreuse péritonéale en rapport avec le système lymphatique; dans la troisième période, cette inflammation peut se terminer par suppuration, d'où les abcès des ligaments larges, les abcès pelviens, les abcès sous-péritonéaux, post-pubiens signalès par les auteurs. Cette description, basée d'abord sur la clinique, sur les nombreuses observations recueillies dans mon service, a reçu une consécration complète de l'examen anatomo-pathologique, ainsi que je l'ai établi dans une communication faite à la Société médicale des hôpitaux, reproduite (§ 2, page 13).

Ayant établi les faits précédents, je décris l'adéno-phlegmon péri-utérin, l'adéno-phlegmon du ligament large, l'adéno-pelvi-péritonite que je divise en puerpérale et non puerpérale. Puis je fais la description de l'ovarite, de la salpingite en montrant encore ici le rôle joué par l'inflammation des lymphatiques dans la production de ces affections et je termine le premier volume de mon traité clinique des affections de l'utérus par une étude de l'hématocéle péri-utérine. Ici encore, après avoir rappelé les diverses théories qui ont cours sur la production de cette affection, je montre que la cause la plus fréquente existe dans la rupture des vaisseaux développés dans les néo-membranes péritonéales, en un mot dans l'adéno-pelvi-péritonite adhésive postérieure, affection très fréquente dans le cours de la métrite.

En résumé, deux points importants sont mis en lumière dans ce traité ; l'influence primordiale des états constitutionnels ou diathésiques sur le développement des affections utérines, le rôle considérable joué par l'adéno-lymphite dans la production des accidents péri-utérins et surtout dans les indications thérapeutiques de l'inflammation utérine.

Ces deux faits primordiaux sont tellement importants dans la

thérapeutique de la métrite, que j'ai cru devoir les développer à nouveau dans une série de leçons pendant l'année 1882.

2° Observation d'adéno-pelvi-péritonite suppurée. (Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, t. XVI, 2e série 1879 p. 34).

Cette observation est des plus intéressantes. Elle est à la fois la confirmation de la théorie que j'enseigne depuis sept ans sur la concordance de la lymphangite utérine et de la métrite, sur la pathogénie des accidents dits péri-utérins et sur les préceptes thérapeutiques que j'ai émis sur le traitement de l'inflammation utérine. Ainsi que je l'ai dit, jusqu'au moment où j'ai pu recueillir cette observation et faire la nécropsie de la malade qui en est le sujet, la clinique m'avait seule permis de tracer la description de l'adéno-lymphite utérine et péri-utérine; la constatation anatomique manquait et on pouvait croire à une méprise, à une mauvaise interprétation des faits que je suis appelé à observer tous les jours dans mon service de l'hôpital de Lourcine. Le jour où il m'a été permis de faire l'autopsie d'une malade, morte des suites d'une pelvi-péritonite suppurée survenue par le fait de cautérisations pratiquées en ville sur le col pour guérir les ulcérations, ce jour-là l'anatomie pathologique s'unissait à la clinique pour établir sur des bases indiscutables l'existence, je le répète, de l'adéno-lymphite, le rôle que cette lésion joue dans le développement des accidents dits péri-utérins, tels que le phlegmon du ligament large, le phlegmon péri-utérin, la périmétrite, la pelvi-péritonite. Aujourd'hui donc aucun doute ne subsiste sur ces faits, qui, rapprochés de ceux que M. J. Lucas-Championnière a fait connaître à propos de la lymphangite utérine qui accompagne la métrite puerpérale, que M. Siredey à confirmés en publiant plusieurs observations sur ce sujet, et que M. A. Guérin et ses élèves ont complétés en faisant connaître le phlegmon sous-pubien développé chez des femmes accouchées depuis quelques mois seulement, jettent un nouveau jour sur la pathologie utérine et sur la thérapeutique de la métrite.

Voici en quelques mots cette observation :

Il s'agit d'une femme âgée de 23 ans qui, consécutivement à une métrite, fut atteinte d'une pelvi-péritonite suppurée, à laquelle elle succomba le 18 novembre 1879. A l'autopsie, je constatai plusieurs poches purulentes communiquant entre elles et avec l'intestin, les lésions anatomiques de la métrite et un développement des ganglions lymphatiques péri-utérins situés notamment près de l'ovaire droit, au niveau de l'artère hypogastrique droite, sur le cul-de-sac latéral gauche, à l'isthme de l'utérus, sur les vaisseaux hypogastriques gauches, sur la paroi postérieure du vagin ainsi qu'à la limite externe du ligament large gauche.

3°. — Leçons sur la thérapeutique de la métrite, (publiées dans la *France médicale*. Années 1882 et 1883).

Dans ces leçons, je m'efforce de démontrer que la thérapeutique de la métrite est des plus intéressantes à connaître à cause de l'organe atteint; qu'il importe au médecin de guérir l'inflammation utérine parce que l'utérus est non seulement un foyer de retentissements sympathiques sur les organes voisins, mais encore sur les organes éloignés; qu'il suffit d'un trouble dans sa nutrition ou d'une altération dans sa structure pour provoquer dans tout l'organisme de la femme les accidents morbides les plus variés, mais encore parce qu'il est l'organe de la gestation, et qu'à ce titre, ses altérations ont souvent pour terme final la stérilité.

Après un résumé de la doctrine que j'ai émise sur l'origine constitutionnelle et non constitutionnelle de la métrite; après avoir rappelé les troubles sympathiques qui sont la conséquence de cette affection, les causes qui produisent cette inflammation et insisté notamment sur le rôle joué par la grossesse, sur le travail d'involution utérine qui lui succède, sur la part qui revient à l'ovulation, sur le non-allaitement; après avoir enfin retracé en quelques mots la structure de l'utérus; j'insiste particulièrement sur la circulation lymphatique de cet organe, parce qu'elle joue un très grand rôle dans la pathogénie des affections péri-utérines et dans les indications thérapeutiques de la métrite.

A l'exemple des anatomistes J. Lucas-Championnière, Gerhardt Léopold, Mierzejewski, je montre que les lymphatiques ont pour origine les lacunes lymphatiques que renferme la tunique muqueuse ; que ces lacunes communiquent entre elles par des anastomoses fréquentes ; que les lymphatiques cheminent dans la tunique musculaire, accolés aux artères et aux veines, ce qui explique, pour le dire en passant, la production des abcès dans l'épaisseur de l'utérus à la suite de la métrite puerpérale ; que les lymphatiques forment deux réseaux sous-péritonéaux, l'un superficiel situé immédiatement sous le péritoine, l'autre plus profond placé dans la couche cellulaire sous-séreuse. Ces réseaux lymphatiques expliquent la grande fréquence de la pelvi-péritonite postérieure, adhésive, décrite par les gynécologues sous le nom de périmétrite. De ces réseaux anastomosés partent les gros troncs lymphatiques qui aboutissent aux ganglions pelviens, en suivant les ligaments larges. Les lymphatiques du corps de l'utérus suivent les vaisseaux utéro-ovariens et se jettent dans les ganglions lombaires. Ceux du col se rendent les uns au niveau de l'isthme, au ganglion décrit par Cruveilhier et par J. Lucas-Championnière, les autres aux ganglions situés sur les parois de l'excavation pelvienne, au niveau des régions obturatrice, sacrée et pubienne.

Cet exposé des causes de la métrite et de la structure de l'utérus est suivi de l'étude des lésions caractéristiques de l'inflammation utérine, que je divise en lésions constantes et en lésions variables, qu'on envisage soit la métrite aiguë, soit la métrite chronique. En quelques mots, je décris le développement, l'évolution de l'inflammation.

Connaissant ainsi l'étiologie, les lésions anatomiques et notamment l'adéno-lymphite utérine, le médecin est en mesure de résoudre les trois problèmes que comporte le diagnostic de la métrite et par suite de faire reposer la thérapeutique de cette affection sur des bases nettes et précises. C'est ainsi qu'aux trois diagnostics : de la lésion, de la cause, de la maladie générale constitutionnelle ou diathésique, correspondent trois indications thérapeutiques : le diagnostic nosologique comporte le traitement

de la maladie générale sous l'influence de laquelle évolue l'inflammation, c'est le traitement nosologique; au diagnostic pathogénique se rattache le traitement pathogénique, qui a pour but d'écarter, de supprimer toutes les circonstances étiologiques qui provoquent, qui favorisent, qui entretiennent l'inflammation; le traitement anatomique, c'est-à-dire le traitement de la lésion ou traitement local, est en rapport avec le diagnostic anatomique. Si, à ces trois principales indications thérapeutiques, on ajoute celles basées sur l'existence ou la non-existence de l'adéno-lymphite péri-utérine, celles qui reposent sur la manière d'être de la métrite, sur sa modalité clinique, la thérapeutique n'est plus empirique, le médecin est assuré de ne plus trouver une affection rebelle à la médication, une affection incurable, ainsi que les gynécologues l'ont prétendu, et que quelques-uns le prétendent encore.

Ces principes généraux établis, je passe en revue, d'abord, le traitement nosologique de la métrite constitutionnelle scrofuleuse, arthritique, herpétique, chlorotique, syphilitique, tuberculeuse, cancéreuse, le traitement général de la métrite traumatique, de la métrite non constitutionnelle. En second lieu, le traitement pathogénique m'occupe. J'indique la conduite que doit tenir le médecin, les principes hygiéniques qu'il doit prescrire, pour éviter le développement de la métrite aprés l'accouchement, pour éviter les rechutes et les récidives de l'inflammation utérine. Enfin, j'établis les régles qu'il faut suivre pour résoudre le troisiéme probléme de la thérapeutique de la métrite, à savoir le traitement local, le traitement de la lésion.

Le traitement local de la métrite doit concourir avec les deux précédents à la résorption rapide des produits inflammatoires, à la guérison des lésions anatomiques que ces produits occasionnent; il est en rapport, ainsi que le traitement nosologique et le traitement pathogénique, avec les diverses modalités anatomiques de la métrite; il est, par conséquent, aussi variable que ces derniéres.

Deux indications principales sont la base de ce traitement:

1° Traiter la lésion inflammatoire; 2° traiter les lésions variables consécutives à l'inflammation.

Pour répondre à la première indication, le médecin se propose 1° De modérer le développement des produits morbides inflammatoires caractérisés par les modifications subies par la trame conjonctive et par les altérations de la circulation locale sanguine et lymphatique; 2° d'activer la résorption des néoplasies inflammatoires.

Dans le premier cas, il a recours à la médication dite antiphlogistique; dans le deuxième, à la médication, dite résolutive. Tandis qu'à l'aide de la première, il cherche à obtenir une action modificatrice sur la circulation locale, avec la deuxième, il a pour but de hâter le travail de régression des produits inflammatoires encore à l'état embryonnaire, de favoriser leur dégénérescence granulo-graisseuse, afin de faciliter leur disparition par absorption et d'empêcher leur transformation en élément fibreux.

C'est en m'appliquant constamment à remplir les indications fournies par la physiologie pathologique de l'inflammation que je parviens facilement à guérir la métrite, ainsi que le prouvent les observations recueillies et conservées dans mon service de l'hôpital de Lourcine, observations aujourd'hui au nombre de quatre mille environ.

Ces principes de thérapeutique locale de la métrite concordent en outre avec les indications fournies par la présence de l'adéno-lymphite utérine et péri-utérine.

Depuis 1877, je m'efforce, en effet, de démontrer que le rôle de l'adéno-lymphite dans la thérapeutique locale de la métrite est considérable. Émanation de l'inflammation utérine, ainsi que je l'ai établi, cette lésion lui est entièrement liée. Toute cause, toute circonstance ayant pour effet d'augmenter l'inflammation utérine, active l'inflammation des lymphatiques utérins et péri-utérins, et par conséquent expose la malade aux graves complications de la lymphangite, de l'adénite utérines et péri-utérines, telles que la pelvi-péritonite, les phlegmons péri-utérin, pelvien, etc., etc. D'où le précepte thérapeutique qui doit être toujours présent à l'esprit du médecin, alors qu'il veut

instituer le traitement local de la métrite: éviter toute médication susceptible d'exciter l'inflammation utérine, tant que l'adénolymphite n'a pas disparu; s'abstenir notamment de toute manipulation, de toute inrervention chirurgicale, tant que cette lésion persiste. Cet aphorisme est basé sur les faits cliniques observés dans mon service, sur les faits où il m'a été donné de voir les accidents péri-utérins résulter de la recrudescence de la lymphangite, coïncidant avec une augmentation de l'inflammation utérine. C'est par suite de ce défaut de constatation de l'adénolymphite que les faits les plus graves ont été constatés de tout temps par les médecins. C'est parce qu'il n'a été tenu aucun compte de cette lésion que nous pouvons relever, dans les auteurs, ces nombreuses observations d'abcès péri-utérins, de pelvipéritonite, de mort même, comme conséquence des plus simples manipulations: le toucher, l'application du spéculum; des plus légères opérations : les cautérisations au nitrate d'argent, à la teinture d'iode, les injections vaginales, les douches abdominale, vaginale et ascendante; des opérations plus sérieuses : la cautérisation à l'acide nitrique, au fer rouge, le cathétérisme utérin, les injections intra-ntérines, les scarifications du col, l'incision des orifices utérins, la dilatation du col et des orifices, le redressement de l'utérus, l'ablation des polypes, les manœuvres et les opérations nécessitées par un accouchement plus ou moins difficile, plus ou moins laborieux.

Je ne compte plus aujourd'hui les faits que j'ai été amené à constater, et la malade, morte dans mon service, a été la preuve la plus irrécusable d'abord de l'origine lymphatique des accidents péritonéaux, ensuite du traitement intempestif appliqué en ville pour une affection utérine en définitive des plus légères.

Je le répète donc, avant de commencer le traitement local de la métrite, le médecin doit s'assurer de l'existence de l'adénolymphite qui, ai-je dit, est adéquate à l'inflammation utérine.

Ces principes généraux de la thérapeutique locale de la métrite posés, je passe en revue les diverses médications employées, en insistant sur celles qui m'ont donné les résultats les plus heureux. C'est ainsi que la glycérine, par ses propriétés osmotiques,

constitue un excellent agent antiphlogistique. Aussi, est-elle constamment employée dans ma pratique hospitalière.

Parmi les révulsifs cutanés, l'essence de térébenthine, appliquée sur l'abdomen, m'a donné d'excellents résultats. M. le Dr Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a préconisé le premier cet emploi dans le traitement des péritonites puerpérales. Je n'ai eu, je le répète, qu'à me louer de ce révulsif énergique. Je l'ai employé non seulement pour les péritonites puerpérales, mais encore pour les péritonites d'une toute autre origine, pour les adéno-pelvi-péritonites. Incidemment, je suis conduit à signaler l'action de ce médicament dans le traitement du choléra, où je crois être le premier à en avoir fait l'expérimentation, en 1875, à l'hôpital de la Pitié, alors que je remplaçais M. le professeur Vulpian. Au mois de septembre et d'octobre de cette année, j'eus à soigner plusieurs cholériques et j'obtins les meilleurs résultats par l'enveloppement des membres et du tronc, pendant la période algide, avec des bandes de flanelle imbibée d'essence de térébenthine. L'application sur l'abdomen des malades atteints de péritonite, par propagation dans le cours de la fièvre typhoïde, m'a donné de même d'excellents résultats.

Parmi les moyens employés pour activer le travail de résorption, je signale les injections interstitielles de teinture d'iode pratiquées dans le tissu du col utérin. Ces injections, que je crois avoir pratiqué le premier dans le traitement de la métrite chronique hypertrophique, m'ont toujours donné les meilleurs résultats. Plusieurs malades ont été guéris par ce procédé dans un temps relativement assez court.

L'électricité, comme agent chimique et modificateur des tissus, ne m'a pas donné les résultats favorables que j'espérais obtenir de son action sur la nutrition intime des éléments anatomiques.

Quant aux caustiques de toutes sortes, leur indication est excessivement rare. En tous cas, il ne faut y avoir recours qu'alors que l'adéno-lymphite a disparu ; sans cela on expose sa malade aux accidents, je le répète, les plus graves, à la mort même.

La deuxième indication du traitement local réside dans les

lésions variables de l'inflammation utérine qui, ai-je dit, lui impriment un aspect spécial, une modalité particulière.

Après avoir rappelé que la leucorrhée, la métrorrhagie, l'exfoliation de la muqueuse utérine, les déviations de l'utérus, les granulations intra-utérines, les ulcérations du col ne sont, le plus ordinairement, que des symptômes morbides locaux, que la conséquence de l'inflammation utérine, et qu'à ce titre ils ne réclament aucun traitement spécial, je fais remarquer que, parfois, ils sont tellement prédominants, tellement tenaces, les médications ordinaires ne suffisent plus et qu'il est nécessaire, dans le traitement local, d'avoir recours à une médication spéciale et plus énergique. C'est ainsi qu'il est parfois indispensable de pratiquer la cautérisation intra-utérine pour combattre la leucorrhée purulente, les hémorrhagies utérines dues à l'hypertrophie des glandes ou des follicules de la muqueuse utérine.

Afin de pratiquer cette cautérisation, j'ai fait fabriquer par M. Mathieu fils un porte-caustique intra-utérin dont la tige, entourée par le nitrate d'argent, est contenue dans une sonde. Cet instrument est basé sur les indications des porte-caustiques uréthraux.

Avec cet instrument le médecin évite de cautériser le col utérin, les orifices, ainsi qu'il le faisait avec les porte-caustiques connus jusqu'à ce jour ; il évite les accidents parfois si graves et si dangereux dus aux injections intra-utérines. C'est avec le même instrument que je pratique la cautérisation intra-utérine dans le cas de métrite exfoliatrice, décrite par les auteurs sous le nom de dysménorrbée pseudo-membraneuse.

Je n'insiste pas sur les procédés employés dans le traitement du rétrécissement des orifices du col, des ulcérations, des déviations. Je les ai tous passés en revue en indiquant ceux auxquels il fallait donner la préférence et en montrant surtout que, la plupart du temps, le traitement seul de la métrite est suffisant. Je me suis surtout attaché à montrer que les pessaires étaient inutiles et dangereux.

Ces leçons sur la thérapeutique de la métrite, on le voit, ont eu pour but d'établir sur des bases physiologiques le traitement

d'une affection qui a été considérée pendant si longtemps comme des plus rebelles à toute médication, et comme incurable. J'ai fait connaître, en outre, des méthodes thérapeutiques nouvelles.

Dans mon Traité clinique des affections de l'utérus, je ne me suis occupé que de cét organe et de ses annexes. Pour compléter cet ouvrage, j'ai tenu à étudier, dans une série de leçons, les affections de la vulve et du vagin qui seront comprises dans la deuxième édition de ce traité. Je vais en donner une analyse succincte en insistant seulement sur les particularités intéressantes, tant au point de vue des doctrines, des faits nouveaux peu connus, qu'au point de vue thérapeutique.

4°. — Leçons sur les déformations vulvaires et anales produites par la masturbation, le saphisme, la défloration et la sodomie. — Paris, 1883. Ad. Delahaye et Lecrosnier, édit., 130 pages.

Dans cette étude, laissant de côté les déformations par anomalie de développement et par altérations pathologiques, connues depuis longtemps, j'ai voulu appeler l'attention des médecins sur les déformations de la vulve et de l'anus tenant soit aux fonctions physiologiques de ces organes, soit à des habitudes vicieuses, soit à des rapports contre-nature, parce que, d'une part, ces déformations sont excessivement fréquentes, qu'elles sont trés importantes à connaître pour le médecin expert prés les tribunaux, et que, d'autre part, les moyens physiques mis en œuvre pour les produire donnent non seulement lieu à des lésions locales, à des troubles généraux assez graves, mais encore exercent sur l'utérus, sur l'inflammation utérine une action funeste, en ce qu'ils provoquent souvent le développement de la métrite constitutionnelle, en ce qu'ils aménent fréquemment des rechutes, des récidives et retardent l'évolution de l'inflammation utérine.

Quelques-unes de ces déformations ont été bien mises en évidence par les auteurs qui m'ont précédé dans cette étude. C'est ainsi que mes maîtres, MM. Noël Guéneau de Mussy et Tardieu

ont fait connaître les déformations vulvaires résultant de la masturbation et le dernier surtout les déformations anales résultant de rapports contre-nature, du coït anal, de la sodomie. Tout en rappelant donc la description clinique que ces éminents médecins nous ont donnée, j'ai insisté seulement sur plusieurs particularités peu connues, notamment sur les déformations clitoridiennes produites par la masturbation au moyen du frottement des cuisses l'une sur l'autre; sur les conditions qui favorisent la production de l'infundibulum anal dans la sodomie et sur celles de l'infundibulum vulvaire dans la défloration. A ce propos, j'ai montré que la prostitution ne laissait aucune trace sur la vulve; j'ai montré que les caractères décrits par les auteurs, comme attestant cette origine, étaient dus surtout à la disproportion du volume des organes génitaux.

J'ai fait connaître en outre certaines conditions étiologiques qui favorisent la production des actes contre-nature. J'ai montré notamment que les lésions vulvaires, que les anomalies de développement des organes génitaux externes, que les lésions vaginales et utérines constituaient, le plus souvent, les causes prédisposantes à la sodomie.

A propos de cet acte contre-nature, j'ai pu signaler trois faits excessivement rares de blennorrhagie rectale, dont l'un est dû à M. le professeur A. Tardieu et les deux autres ont été recueillis dans mon service. De même il m'a été donné d'appeler l'attention sur un fait unique dans la science, dû à M. le docteur Bernard (de Cannes), se rapportant à un cas de paraplégie survenue par le fait de la sodomie et se reproduisant chaque fois que le coït anal avait lieu.

Quant aux déformations vulvaires produites par le saphisme, c'est-à-dire par la masturbation clitoridienne à l'aide de la langue combinée avec la succion, elles n'avaient jamais été décrites. Les observant fréquemment à l'hôpital de Lourcine, j'en ai donné une description clinique qui permet aujourd'hui de les reconnaître. En outre, à l'aide de documents recueillis auprès de mes malades, j'ai pu tracer l'histoire de la prostitution du saphisme et montrer qu'elle se produit dans les mêmes conditions étiologiques de la

prostitution pédéraste, de la prostitution vulgaire. Enfin, j'ai montré que cet acte libidineux donnait lieu parfois à des lésions graves telles que la morsure, l'arrachement presque complet de l'organe clitoridien.

5. — Leçons sur la vulvite (journal *la France médicale*, 1880, n°s 37-38-40).

Je m'attache, dans ces leçons, à montrer que la muqueuse vulvaire, tout comme les autres muqueuses et le système cutané, est atteinte d'une affection constitutionnelle, diathésique, ou d'une affection non constitutionnelle, qui est alors simple, traumatique ou spécifique. La doctrine médicale que j'ai établie pour les affections de l'utérus se retrouve dans ces leçons. C'est à faire triompher cette doctrine par l'étude des affections des organes génitaux que je m'applique en multipliant les faits et les observations. Pour moi, en effet, ces doctrines émises avec tant d'autorité par des médecins éminents, tels que Bazin, Pidoux, Noël Guéneau de Mussy, Verneuil, sont applicables à tous les systèmes muqueux, cutanés, séreux et fibreux. Elles fournissent à la thérapeutique des bases solides et sérieuses ; le médecin y trouve des indications nettes et précises pour le traitement des affections des muqueuses, notamment pour celles des organes génitaux.

C'est là le point capital de ces leçons et de ces études sur la vulvite. Aussi, rejetant la donnée admise, soit sur les éléments anatomiques, soit sur le siège de l'inflammation, je montre que la vulvite est d'origine constitutionnelle ou non constitutionnelle; qu'elle est primitive, protopathique ou secondaire, deutéropathique; que la scrofule, l'arthritis, l'herpétis, la syphilis se développent primitivement ou secondairement sur la vulve, et cela à tout âge de la vie, aussi bien chez l'enfant que chez la femme âgée.

Ayant passé en revue les causes qui provoquent sur la muqueuse vulvaire une manifestation constitutionnelle ou diathésique, et que nous retrouvons à propos de la vulvite simple,

traumatique, spécifique, virulente, blennorrhagique, j'étudie la symptomatologie de l'inflammation vulvaire; je montre les modalités cliniques importantes qu'elle présente selon son évolution aiguë ou chronique, selon l'âge de la malade, selon le terrain sur lequel elle évolue. J'insiste sur les caractères symptomatiques de la vulvite traumatique, dont l'importance est des plus grandes en médecine légale, alors qu'il s'agit d'un attentat à la pudeur, d'une tentative de viol. J'insiste de même sur les caractères essentiels de la vulvite blennorrhagique, en montrant les localisations de cette affection, sur lesquelles, à l'exemple d'Astruc et de M. Alp. Guérin, j'insiste tous les jours dans mes conférences cliniques.

Le diagnostic, comme pour la métrite, la vaginite, est triple : il comporte le diagnostic de la lésion, diagnostic anatomique ; le diagnostic de la cause, diagnostic pathogénique ; le diagnostic de la nature de l'affection, diagnostic nosologique.

Je développe ces différents points, et, après quelques mots sur le pronostic basé sur le diagnostic de l'affection, j'établis le traitement de l'inflammation vulvaire en montrant que, pour répondre au triple diagnostic, il doit s'adresser à la lésion, traitement anatomique ; à la cause, traitement pathogénique ; à la nature de l'affection, traitement nosologique.

6. — Leçons sur l'inflammation de la glande vulvo-vaginale (journal *la France médicale*, 1880, n° 58).

Contrairement à Huguier, qui admet que cette inflammation est parfois la conséquence de la suractivité fonctionnelle de l'organe développée par les sensations voluptueuses de l'acte sexuel, de la masturbation, de la lecture de livres érotiques, j'établis qu'elle est, dans toutes ces circonstances, d'origine traumatique, ainsi que le prouvent les faits que j'ai recueillis, et je montre que, fréquente par suite des excès de coït, cette inflammation traumatique résulte de la disproportion du volume des organes génitaux.

Je rapporte un fait rare et intéressant de bartholinite produite par le travail continu à la machine à coudre.

Je signale surtout comme cause fréquente de cette inflammation la blennorrhagie (25 fois sur 37 cas de bartholinite). J'insiste enfin sur les rapports qui existent entre cette inflammation et la menstruation, et je donne la relation de trois de mes malades où cette concordance est des plus intéressantes.

7.— Leçons sur l'esthiomène de la vulve (non publiées), semestre d'été, 1880.

Ces leçons eurent lieu à l'occasion d'une malade entrée dans mon service en 1877. Les lésions qu'elle présentait furent moulées par M. Baretta. Le moule a été déposé au musée de l'hôpital de Lourcine, dont tous mes efforts tendent à le rendre intéressant par le nombre et la valeur des pièces que je recueille depuis ma nomination à cet hôpital, c'est-à-dire depuis 1877.

Dans ces leçons, aprés avoir montré que cette affection est des plus rares, qu'elle a surtout été bien étudiée par Huguier, MM. Bernutz, A. Guérin, etc, etc; qu'elle se développe surtout à l'époque de la vie de la femme où les fonctions génitales sont des plus actives, c'est-à-dire entre 15 et 40 ans, au point que les auteurs ont admis une certaine corrélation entre la genèse de cette affection et les fonctions physiologiques des organes génitaux, je discute la nature de l'esthioméne vulvaire, et j'arrive à cette conclusion : cette affection est d'origine constitutionnelle scrofuleuse, peut-être tuberculeuse, son développement sur la vulve résulte d'une irritation produite par les liquides utéro-vaginaux. Nous retrouvons la doctrine médicale qui préside à tout mon enseignement et à mes études sur toutes les affections vulvo-vaginales utérines.

Ceci admis, je passe en revue l'anatomie pathologique dont les lésions histologiques ont été décrites par MM. les professeurs Ch. Robin, Vulpian, Cornil, par Lebert. Ces auteurs ont constaté qu'elles consistaient dans une altération des vaisseaux lymphatiques et dans une hypertrophie de la couche papillaire du derme ; ces caractéres se retrouvent dans le lupus de la face. Aussi a-t-

on considéré l'esthiomène vulvaire comme un lupus, comme une scrofulide maligne. D'après l'histologie nouvelle du lupus de la face, j'établis que l'esthiomène vulvaire est probablement une affection tuberculeuse de la muqueuse et des téguments, analogue à la tuberculisation des muqueuses linguale, pharyngée et anale. Je compare cette lésion à celle de l'anus, dont j'ai recueilli un magnifique exemple (le moule a été déposé au musée de l'hôpital Saint-Louis où cette pièce est inscrite sous le nom d'ulcération tuberculeuse de l'anus et de la région anale).

Après une description clinique de cette affection vulvaire, de son évolution, de son diagnostic avec les autres affections de cette région, surtout avec les manifestations syphilitiques, j'arrive au traitement qui a pour base trois indications : la lésion, la cause, la nature de l'affection. A propos de celle-ci, j'insiste sur les eaux minérales. Relativement au traitement local, au traitement de la lésion, je signale l'eau chloralée (5 gr. de chloral par 100 gr. d'eau) comme ayant donné d'excellents résultats sur la malade de mon service.

8. — Leçons sur le prurit vulvaire. — (Journal *La France médicale*, 1880, n° 67.)

Ce phénomène morbide a surtout été très bien étudié par M. Noel Guéneau de Mussy. J'en établis la séméiologie. Ainsi que le médecin de l'Hôtel-Dieu, je montre que le prurit est très fréquent chez l'arthritique, l'herpétique, le diabétique, chez les enfants atteints d'oxyures vermiculaires ; je publie plusieurs observations. Au point de vue thérapeutique, j'établis qu'il faut 1° traiter la lésion vulvaire dont le prurit est la conséquence ; 2° traiter le phénomène morbide, prurit ; 3° traiter la cause qui le produit.

9. — Leçons sur le vulvisme. — (Journal *La France médicale*, 1880, n° 21, 22, 23 et 24.)

Après avoir défini le vulvisme, affection spasmodique et do-

loureuse de l'anneau vulvaire, je montre que le mot vaginisme, qui lui a été donné par les auteurs, n'est pas exact, en ce qu'il ne s'agit pas d'une contracture de l'anneau du vagin, mais bien de l'anneau vulvaire seulement. Le nom de vulvisme est donc mieux applicable à cette affection, ainsi que M. le professeur Peter l'avait dit déjà. J'établis, en outre, que cette affection consiste bien dans une contracture douloureuse de cet orifice, que la contracture et la douleur sont adéquates ; aussi la distingue-t-on facilement des affections purement douloureuses de la vulve et du vagin, que je décris sous le nom de faux vulvisme.

Ceci admis, j'étudie la pathogénie de cette affection. Je montre qu'une foule de causes peuvent la produire, pourvu qu'il s'agisse d'une femme *prédisposée*, c'est-à-dire une femme jouissant d'un état névropathique exagéré ou atteinte d'une maladie constitutionnelle ou diathésique. D'après les résultats fournis par mes observations, ces états morbides antérieurs sont la condition *sine qua non* du vulvisme. Ce sont les mêmes états que nous retrouvons chez les femmes atteintes d'hyperesthésie vulvaire, de prurit vulvaire, de névralgie utérine, phénomènes morbides étroitement liés, du reste, au vulvisme. Aussi je considère le vulvisme comme une affection symptomatique et non comme une affection idiopathique, ainsi que les auteurs l'ont dit. A l'appui de cette opinion, je publie plusieurs observations. Après une description clinique du phénomène morbide, de son diagnostic et de son pronostic, j'en établis la thérapeutique. Celle-ci repose sur trois indications nettes et précises : 1° l'état névropathique ou la maladie constitutionnelle, qui joue le rôle de cause prédisposante, un traumatisme quelconque ayant été bien souvent, ainsi que je l'ai établi, une cause déterminante ; 2° la lésion ; 3° la contracture douloureuse de l'anneau vulvaire qui accompagne la lésion et bien souvent lui survit. Ceci admis, je passe en revue les moyens thérapeutiques médicaux et chirurgicaux applicables à chacune de ces indications.

10. — Leçons sur la vaginite non blennorrhagique. — (Journal *La France médicale*, 1883, n° 49, 50, 51, 52, 53, 54, 57, 59.)

Me proposant d'étudier en un chapitre spécial la blennorrhagie chez la femme et par suite le vaginite blennorrhagique, j'ai consacré plusieurs leçons à l'étude de la vaginite non blennorrhagique. Mon but, dans ces leçons, a été de montrer que la vaginite non virulente est une affection trop délaissée de la part des gynécologues et, qu'ainsi que les autres affections des muqueuses génitales, elle n'échappe pas à la loi de pathologie générale posée au début de toutes ces études. Les observations que j'ai recueillies ne laissent aucun doute sur l'origine constitutionnelle ou non constitutionnelle de la vaginite. Aussi, montrant les défectuosités de la classification admise par les auteurs, j'établis que la vaginite est tantôt constitutionnelle, tantôt traumatique, tantôt virulente; qu'elle est primitive, spontanée, protopathique ou bien secondaire, consécutive, deutéropathique. Parmi les maladies constitutionnelles ou diathésiques qui lui donnent lieu, nous trouvons la scrofule, l'arthritis, l'herpétis, la syphilis, la tuberculose, le cancer. J'établis, avec des observations à l'appui, l'existence de la vaginite scrofuleuse, herpétique, arthritique, tuberculeuse, cancéreuse, syphilitique. Je montre la concordance de la vaginite avec une manifestation cutanée ou muqueuse, d'origine également constitutionnelle ou diathésique, et je cite des observations, jusqu'à présent uniques dans la science, d'urticaire, de zona de la muqueuse vaginale.

A propos des granulations qui accompagnent parfois la vaginite, je montre 1° que ces granulations ne constituent pas une vaginite d'une nature spéciale ; 2° qu'elles existent alors que la vaginite est d'origine constitutionnelle, surtout scrofuleuse ; 3° qu'elles n'appartiennent nullement à la vaginite des femmes enceintes; qu'on la rencontre aussi bien en dehors de la grossesse que pendant la grossesse ; qu'elles n'appartiennent nullement à la vaginite virulente, car on les rencontre aussi bien dans la blennorrhagie qu'en dehors d'elle.

Ceci établi, je passe à l'étude de la vaginite suivant qu'elle est constitutionnelle ou non, simple ou traumatique. J'insiste sur l'évolution spéciale à la vaginite constitutionnelle, et sur le diagnostic de la vaginite en général. A ce propos j'établis, ainsi que je l'ai fait pour la métrite, la vulvite, que le diagnostic est triple : diagnostic de la lésion, ou diagnostic anatomique ; diagnostic de la cause ou diagnostic pathogénique ; diagnostic de la nature ou diagnostic nosologique. Ce triple diagnostic permet d'établir le pronostic de l'affection et d'assurer une thérapeutique nette et précise. Le traitement de la vaginite non blennorrhagique comporte, en effet, trois indications : 1° traiter la lésion ; 2° traiter la cause ; 3° traiter la maladie générale constitutionnelle ou diathésique qui tient sous sa dépendance la vaginite.

J'indique les moyens qu'il faut employer pour remplir ces trois indications, et j'insiste sur l'action des eaux minérales.

SYPHILIGRAPHIE

11. — De la bactéridie syphilitique, de la syphilis chez le porc.— (Mémoire communiqué à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine le 4 et le 5 septembre 1882.)

Depuis les magnifiques travaux de Davaine et de M. Pasteur sur les microbes et les bactéries des maladies virulentes des animaux, les médecins se sont appliqués à la recherche de la bactérie dans toutes les maladies virulentes de l'homme. La syphilis, maladie constitutionnelle virulente, devait être entre toutes la préoccupation constante des syphiligraphes et des expérimentateurs. Klebs et Aufrecht décrivirent la bactérie syphilitique qu'ils crurent avoir trouvée dans le sang ou dans la sérosité qui s'écoule des papules hypertrophiques syphilitiques après leur excision ou leur incision. Mais ces auteurs n'ont pas cultivé ces germes soi-disant syphilitiques, et n'ont pas cherché à les inoculer aux animaux. En

France, ces recherches sont poursuivies depuis longtemps; elles étaient restées sans résultat connu jusqu'au jour où mes expériences ont donné des résultats positifs et indéniables.

Aprés d'infructueuses recherches, faites en commun avec mon excellent interne, M. Hamonic, sur le sang, sur les syphilides, nous résolûmes de procéder autrement que nous ne l'avions fait jusqu'alors. A cet effet, le 29 avril 1882, j'excise un chancre infectieux syphilitique, induré, existant sur la petite lèvre gauche d'une malade couchée au n° 34 de la salle St-Louis (aujourd'hui Cullerier) de l'hôpital de Lourcine. Ce chancre est mis dans un vase clos préalablement chauffé au rouge sombre, puis introduit dans un ballon contenant un verre à bordeaux de bouillon concentré (Liébig), alcalin, à la température de 30 degrés. Ce ballon est placé dans un bain-marie à la température moyenne de 30 degrés. Ce bouillon qui ne contenait, avant l'expérience, aucun corps étranger, présente, trois heures aprés l'introduction du chancre, des flocons qui troublent sa transparence. Le 30 avril, une goutte de ce bouillon contient de nombreuses bactéries se présentant sous forme de bâtonnets, de longueur variable, mais ne dépassant pas le diamètre du globule sanguin, formées d'une matière claire au point et obscure si on élève trés légèrement l'objectif ; pas de noyau, pas de granulations, pas d'enveloppe. Ces bactéries offrent divers groupements; elles sont animées de mouvements.

Outre ces bactéries, on constate la présence de quelques bâtonnets, de quelques microbes agités de vifs mouvements de progression.

Par suite de la culture, ces bactéries, les jours suivants, deviennent excessivement nombreuses; elles sont agitées de mouvements rapides.

Deux injections avec la seringue de Pravaz, remplie du liquide de culture des bactéries, sont pratiquées, le 1er mai 1882, dans la région pénienne et dans la région axillaire droite d'un jeune porc âgé de 5 mois environ.

2 mai. Le sang du porc contient des bactéries très mobiles et vivaces.

Le 30. Trentième jour de l'inoculation, sur l'abdomen de l'animal nous constatons 7 à 8 papules, rondes, rouges, du volume d'une lentille; nous en trouvons de même quelques-unes au niveau du creux axillaire, au voisinage de l'anus et sur la partie interne des cuisses.

Le 31. Nouvelles papules sur la région dorsale.

4 juin. Blépharo-conjonctivite interne de l'œil gauche. État général de l'animal mauvais. Tumeur dure, douloureuse, dans l'épaisseur du fourreau de la verge. Dans les plis inguinaux, trois ganglions durs, non douloureux.

Au microscope, une papule excisée est constituée par une hypertrophie lamineuse avec corps embryoplastiques et cellules fusiformes. Pas de bactéries. Le sang de l'animal contient encore des bactéries.

Le 26. Cinquante-septième jour de l'inoculation, la tumeur pénienne suppure; elle présente une ulcération arrondie, à fond rouge, luisant, sec, fortement induré.

9 juillet. La tumeur a disparu; l'ulcération est cicatrisée. Tumeur au niveau de la petite phalange de la patte antérieure droite.

23 août. La tumeur de la patte droite persiste.

En donnant avec quelques détails l'analyse de cette expérience, j'ai voulu mettre sous les yeux du lecteur les traits caractéristiques qu'elle contient, afin qu'on puisse en apprécier toute la valeur au point de vue de l'évolution syphilitique sur un animal dont nous ne connaissions pas, jusqu'à ce jour, la réceptivité pour le virus syphilitique.

Ce mémoire contient une autre expérience faite de même sur un jeune porc avec la sérosité d'un chancre infectant, inoculé avec la pointe d'une aiguille au niveau de la région pénienne; elle a été instituée afin de servir de comparaison avec la précédente qui, elle, a été faite avec la bactérie syphilitique, injectée dans le tissu cellulaire sous-cutanée. Quatre jours après l'inoculation nous avons trouvé dans le sang la bactérie syphilitique analogue, comme aspect, comme disposition, aux bactéries

développées par la culture du chancre de la première expérience et à celles qui existaient dans le sang du premier animal.

Cette contre-expérience ne peut donc laisser aucun doute sur la valeur de la première ; tout en démontrant la réalité de la bactérie syphilitique dans le chancre infectant, dans le sang des animaux inoculés, elle permet d'établir que le porc est un animal qui peut servir aux expériences de l'inoculation syphilitique.

Une autre conclusion ressort de ces expériences, à savoir, l'évolution rapide de la syphilis chez le porc et sa guérison sans traitement.

XII. — De la syphilis du singe. — (Notes communiquées à la Société médicale des hôpitaux, séances du 22 décembre 1882, 12, 26 janvier, 12 octobre 1883.)

Jusqu'à ce jour, malgré toutes les tentatives d'inoculation du virus syphilitique au singe, les expériences étaient restées infructueuses. En Angleterre, en Allemagne, en Italie, en France, tout aussi bien qu'en Amérique, le singe était considéré comme un animal réfractaire à la syphilis. Un instant, les expériences d'Auzias-Turenne avaient pu faire croire à la réussite de ces inoculations, mais une étude plus attentive avait suffi à l'illustre syphiligraphe, Ricord, pour démontrer qu'elles pêchaient par la base, que cet auteur inoculait du pus du chancre simple, du chancre non infectant, du chancre non syphilitique. Ce qui le prouvait c'était l'auto-inoculation indéfinie du sujet soi-disant syphilitique. Or, le principe primordial de la syphilis, le principe indéniable et indiscutable repose sur la non-inoculation de la syphilis au sujet syphilisé, au sujet soumis à l'évolution syphilitique.

Cette question de l'inoculation de la syphilis au singe était donc abandonnée en France, lorsque, par suite de mes recherches sur la bactérie syphilitique et sur la syphilis du porc, je fus amené à l'étudier à nouveau et à rechercher quels étaient les animaux réfractaires ou non au virus syphilitique ?

A cet effet, le 16 novembre 1882, je procédai à l'inoculation de

la syphilis sur un singe macaque, âgé d'une quinzaine d'années. A l'aide d'une aiguille cannelée à vaccin, chargée de sérosité recueillie sur un chancre infectant, sur un chancre syphilitique, situé sur la petite lèvre droite d'une malade, couchée au n° 37, de la salle Natalis-Guillot, hôpital de Lourcine, je pratiquai trois inoculations sur le prépuce de la verge du singe. Afin de montrer qu'il s'agissait de la sérosité prise sur un chancre infectant, je pratiquai, en même temps, une auto-inoculation sur la face interne de la cuisse droite de la malade; ainsi qu'il arrive, en pareil cas, cette auto-inoculation fut infructueuse.

Le 14 décembre suivant, vingt-huitième jour après l'inoculation, deux chancres infectants se développèrent sur deux des points inoculés. Ces chancres étaient indurés comme chez l'homme. Leur cicatrisation était complète: pour l'un, le 4 janvier 1883, et pour l'autre, le 10 janvier, c'est-à-dire le vingt-septième jour de leur apparition, le cinquante-sixième de l'inoculation syphilitique.

Pendant leur évolution, une adénite multiple se développa, non seulement dans l'aine, mais encore dans la région sous-maxillaire et dans l'aiselle droite.

Le 9 janvier, cinquante-cinquième jour de l'inoculation, vingt-sixième jour du développement des chancres, survinrent sur le prépuce, sur la peau de la verge, des syphilides érosives, papulo-érosives, et une syphilide diphthéroïde. Ces syphilides évoluèrent pendant dix-neuf jours et disparurent.

Jusqu'au mois de septembre 1883, l'animal ne présenta pas de manifestations syphilitiques apparentes.

A cette époque, *dixième mois* de l'inoculation, une syphilide ulcéreuse se développa sur la voûte palatine. Cette syphilide mit environ trois semaines à se cicatriser.

Le 21 octobre suivant, onzième mois et demi de l'inoculation, l'animal sorti de sa cage est pris subitement d'accidents épileptiformes, durant de quatre à cinq minutes.

Je n'ai pas besoin de montrer tout l'intérêt qui s'attache à cette expérience. Il me suffira de dire que c'est la première fois, depuis que la syphilis est connue, que cette maladie virulente a été transmise au singe, que cette découverte est des plus importantes

pour l'histoire de la syphilis, car elle va permettre d'étudier et d'élucider plusieurs points de l'évolution de la syphilis chez l'homme, de la transmission héréditaire, de sa transmission par le sang, par le virus vaccin.

Cette expérience nous montre, en outre, que l'évolution syphilitique, chez le singe, est presque analogue à celle de l'homme, que les manifestations apparaissent à peu près aux mêmes époques, alors que la maladie virulente n'est influencée par aucun traitement.

Au point de vue de la terminaison, quelle sera-t-elle ? La syphilis, chez le singe, se guérit elle sans traitement ? Allons-nous assister aux manifestations ultimes de cette maladie ? L'avenir nous l'apprendra.

L'animal reste en expériences à l'hôpital de Lourcine.

Afin de conserver et de permettre aux médecins qui ne sont pas venus observer les accidents syphilitiques à mesure qu'ils se manifestaient, j'ai fait mouler, par M. Jumelin, toutes les manifestions éruptives, et j'ai déposé les pièces an musée de l'hôpital de Lourcine.

13. — Des injections sous-cutanées de peptone mercurique ammoniqué dans le traitement de la syphilis. — Trois mémoires communiqués à la Société médicale des hôpitaux. (23 juin, 14 octobre 1881, 7 juillet 1882.)

Les injections hypodermiques, au moyen d'une solution d'un sel mercurique, préconisées comme traitement de la syphilis par Scarenzio, Ambrosoli, Ricardi, Bertarelli, Barclay-Hill, G.-Lewin, Liégeois, Cotte, Sigmund, Bamberger, étaient abandonnées en France, par suite des accidents qui survenaient, tels que : douleur, abcès, eschares.

M. Delpech, pharmacien à Paris, ayant mis à ma disposition une solution composée de bichlorure de mercure, de peptone sèche et de chlorure d'ammonium pur, je résolus, en 1881, d'expérimenter à nouveau le traitement de la syphilis par les injec-

tions hypodermiques. Mes expériences sont consignées dans les trois Mémoires que je communiquais, à cette époque, à la Société médicale des hôpitaux. Il en résulte, d'après mes observations cliniques basées sur six cents malades traités par cette méthode, et par mes recherches sur le sang, qu'elle est sans contredit la plus puissante de toutes, ainsi qu'on en peut juger par les conclusions suivantes :

1° Aucune douleur vive, intense, syncopale, ne survient.

2° Aucun accident local, tel que : phlegmon, abcès, eschares, alors mêmes que les injections hypodermiques sont pratiquées chez les syphilitiques atteints de diabète, ainsi qu'il résulte de l'observation d'un malade qui rendait 345 grammes de glucose en vingt-quatre heures, ne se montre.

3° La salivation et la stomatite mercurielles ne surviennent jamais, à moins qu'il n'existe préalablement une irritation de la muqueuse buccale produite par le tabac, l'alcool, une altération dentaire, etc., etc.

4° Les troubles gastro-intestinaux, si fréquents lors de l'administration des sels mercuriels par la voie stomacale, par la voie pulmonaire, ne se montrent jamais. D'où la possibilité d'instituer le traitement mercuriel en même temps que le traitement de la maladie générale constitutionnelle : scrofule, arthritis, chlorose, herpétis, qui préexiste souvent à la contagion syphilitique; de là la possibilité d'instituer en même temps le traitement du diabète, ainsi que je l'ai fait avec le plus heureux résultat.

5° Les injections hypodermiques exercent sur la syphilis et ses diverses manifestations, que la maladie évolue normalement ou anormalement, une action plus efficace, plus énergique, plus rapide que les autres méthodes d'administration du mercure. Ainsi se trouve résolu le problème poursuivi depuis vingt-cinq ans, du traitement de la syphilis par la voie hypodermique.

Pour asseoir sur des bases solides et indiscutables cette dernière conclusion que la clinique avait mise en évidence, je devais lui chercher une consécration irréfutable dans l'analyse du sang. Une analyse fidèle des urines m'avait bien montré que l'élimination du mercure se faisait plus rapidement; que, par suite, d'au-

coutumance était moins à craindre, que les accidents mercuriels ne devaient jamais se montrer, la cachexie mercurielle ne jamais survenir ; mais il me restait à montrer pourquoi la nutrition du malade se relevait avec rapidité, les forces devenaient plus actives. L'analyse du sang m'en a donné de suite l'explication.

A cet effet, avec mon interne, M. Hamonic, j'ai procédé aux recherches suivantes :

Nous avons compté les globules du sang dès l'entrée des malades à l'hôpital ; nous avons pris le poids de ces malades et analysé l'urine. J'ai partagé ces malades en trois séries. La première a été traitée par les injections hypodermiques, la deuxième par la voie stomacale, la troisième par les frictions sur les parois latérales du thorax.

Les globules du sang qui diminuent chez la femme syphilitique dans une proportion énorme, puisque leur chiffre varie entre deux millions et deux millions et demi, ont acquis, au bout de huit jours de traitement par les injections hypodermiques, leur chiffre normal, c'est-à-dire quatre à cinq millions et demi. En même temps, le poids du corps s'est accru de un à cinq kilos et la densité de l'urine a augmenté par suite d'un accroissement des chlorures et de l'urée.

Chez les malades de la deuxième série, traitées par la voie stomacale, il a fallu de douze à dix-neuf jours pour constater une augmentation du nombre des globules sanguins, et cette augmentation n'est jamais survenue d'emblée ; elle n'a atteint son maximum qu'au bout d'un temps assez long. La nutrition a été de même moins active ; le poids du malade a augmenté lentement.

Chez les malades de la troisième série, traitées par les frictions mercurielles, le chiffre des globules a augmenté entre huit et quatorze jours de traitement ; mais il n'est arrivé que lentement à la normale. En outre, la nutrition a été plus lente ; le poids du corps a augmenté lentement.

La conclusion de ces nouvelles recherches est donc la suivante : *L'administration des préparations mercurielles par les injections hypodermiques exerce sur l'aglobulie et la nutrition du syphilitique une action plus active que l'administration des*

mercuriaux par la voie stomacale ou par les frictions sur la peau.

Cette conclusion est en tout conforme à celle que m'ont donnée la clinique et l'observation, aujourd'hui, de trois mille malades au moins : les *manifestations syphilitiques sont combattues plus efficacement et plus rapidement par les injections de peptone mercurique ammonique que par les autres modes d'administration des sels mercuriels.*

Une autre conséquence heureuse ressort de ces deux conclusions au point de vue des administrations de bienfaisance, soit pour les hôpitaux civils, soit pour les hôpitaux militaires. Tout d'abord, le médecin est assuré que le médicament est journellement absorbé. En outre, les accidents syphilitiques cédant plus promptement au traitement, le séjour du malade à l'hôpital est abrégé, d'où la possibilité de traiter à l'hôpital un plus grand nombre de malades, de surveiller le traitement, de rendre la contagion syphilitique moins fréquente et d'abaisser la statistique des maladies syphilitiques, notamment dans l'armée.

Enfin, au point de vue social, au point de vue de la race, tant sous le rapport de son augmentation que sous le rapport de sa bonne constitution, les injections hypodermiques de peptone mercurique ammonique dans le traitement de la syphilis sont appelées à rendre de signalés services, puisque le médecin est assuré de guérir plus facilement la syphilis que par les autres modes d'administration ; puisque, combattant plus énergiquement les accidents, il peut prévenir chez la femme enceinte l'accouchement prématuré, l'aider à amener à bien sa grossesse, préserver le fœtus des affections si graves qui l'atteignent ordinairement et qui, le plus souvent, le conduisent à la mort. J'ai recueilli un grand nombre d'observations qui montrent cette action favorable au plus haut degré, alors que, bien entendu, le traitement syphilitique a été institué à une époque assez rapprochée du début de la grossesse.

14. — Leçons sur la thérapeutique de la syphilis (*Union médicale*, septembre et octobre 1880). — Leçons sur la thérapeutique de la syphilis (*La France médicale*, t. II, nos 17 à 34, 1882, et librairie A. Delahaye et Lecrosnier, 1883).

Dans mes Leçons de 1880, je me suis appliqué à montrer que le traitement de la syphilis comporte la solution de trois problèmes: 1° Établir la méthode thérapeutique qui assure le plus favorablement la guérison de la syphilis; 2° tout en traitant la syphilis, traiter le malade et ne pas négliger, ainsi qu'on le fait trop souvent, la maladie générale constitutionnelle ou diathésique, scrofule, arthritis, herpétis, tuberculose, chlorose, qui préexiste à l'infection syphilitique et lui donne une évolution rapide et grave. Il ne faut pas négliger non plus les autres maladies, générales, notamment l'infection palustre, les intoxications telles que l'intoxication alcoolique, l'intoxication par le tabac; la débilité générale, telle que la misère physiologique; les états physiologiques tels que la grossesse; en un mot toutes les conditions qui activent généralement l'évolution et la gravité de la maladie syphilitique doivent sous le rapport thérapeutique être l'objectif constant du médecin.

3° Enfin, traiter localement certaines manifestations syphilitiques.

Toutes ces questions ont été reprises et traitées avec plus de développement dans mes Leçons de 1883.

Je me suis attaché tout d'abord à décrire l'évolution normale de la syphilis; puis j'ai recherché les causes qui influencent cette évolution et augmentent la gravité de cette maladie générale, au point qu'elle est décrite alors sous le nom de syphilis maligne. J'ai démontré que ces causes résident uniquement dans des conditions de terrain sur lequel évolue la maladie, dans des conditions de constitution, de tempérament, d'hygiène, de climat. Avant de commencer cette étude étiologique, j'ai donné les caractères symptomatiques de la syphilis grave, de la syphilis anormale, de la syphilis dite maligne.

A propos des climats, j'ai tracé la géographie médicale de la syphilis en insistant succinctement sur les affections régnantes, sur la constitution des habitants, sur les maladies générales dont ils sont atteints, afin de montrer que c'est plutôt à ces conditions morbides qu'au climat qu'il faut attribuer la gravité de l'affection syphilitique. Pour traiter cette question, j'ai eu surtout recours au travail d'un de mes élèves, le Dr Ott.

L'âge du malade, les causes contaminantes, la nature du virus n'ont pas été négligées.

Tous ces facteurs sont des plus importants pour le médecin ; car, je le répète, non seulement, il doit traiter la syphilis et ses manifestations, mais encore modifier les influences qui agissent sur son évolution, et lui impriment une gravité spéciale. Ces principes de pathologie générale dominent l'histoire clinique de la syphilis comme ils dominent celle de toute maladie constitutionnelle ou diathésique.

Ayant étudié dans mes leçons de 1880, l'action du mercure, de l'iodure de potassium, ayant fait connaître mes observations sur l'action des sulfureux, ayant insisté sur le moment précis où doit commencer le traitement antisyphilitique, et ayant démontré que la destruction du chancre par la cautérisation, par l'excision, n'avait aucune valeur pour l'extinction de la syphilis, puisque la syphilis est une maladie générale virulente d'emblée dont le chancre infectant est la première manifestation, j'ai pensé qu'il n'était pas nécessaire de revenir sur toutes ces questions, élucidées aujourd'hui pour la plupart des syphiligraphes. J'ai préféré consacrer toute mon attention sur la méthode thérapeutique à suivre pour obtenir la guérison de la syphilis et sur les meilleurs modes d'administration des médicaments pour assurer ce résultat.

J'ai montré les principes de ma méthode de traitement de la syphilis, qui ne diffère de celle de M. le professeur Fournier que par de très petits détails, consistant en ce que je donne l'iodure de potassium pendant les stades de repos, que je fais jouer un plus grand rôle à l'action des sulfureux que je considère non seulement comme favorisant la tolérance de l'organisme pour le mercure, en ce qu'ils facilitent l'élimination par la peau des al-

buminates de mercure rendus solubles, mais encore comme constituant la pierre de touche de la guérison de la syphilis, en appelant sur la peau, sur les muqueuses, les manifestations syphilitiques tant que le malade reste en puissance de la maladie virulente.

A propos des différents modes d'administration du mercure dans le traitement de la syphilis, je passe en revue l'absorption par la voie stomacale, par la voie pulmonaire, par la peau obtenue, soit au moyen des frictions, soit au moyen des injections sous-cutanées, et ainsi que je l'ai déjà établi dans mes mémoires sur les injections hypodermiques de peptone mercurique ammonique, je montre que les injections constituent le plus sûr, le plus efficace, le plus rapide de tous les modes d'administration employés jusqu'ici.

En étudiant les médicaments préconisés dans le traitement de la syphilis, je passe en revue, outre le mercure, l'iodoforme, le cascara amarga, le tayuya, la pilocarpine et je montre que le succédané de mercure n'est pas encore trouvé.

Je continue ces leçons, en indiquant les moyens qu'il faut employer pour remplir les deux autres indications de la thérapeutique de la syphilis, c'est-à-dire traiter les manifestations locales et surtout modifier le terrain sur lequel se développe la syphilis. A ce propos j'insiste sur le traitement par les eaux minérales.

La prophylaxie devait aussi me préoccuper; car, guérir la syphilis, c'est bien; mais la prévenir, enrayer son développement, sa propagation, vaut mieux. Je ne fais que poser la question, puisque je l'ai déjà traitée en partie dans un travail spécial, et qu'elle sera complètement étudiée dans mon traité sur l'étude morale de la prostitution.

15. — De la propagation de la syphilis et de sa prophylaxie. — (Mémoire publié dans le journal l'*Union médicale*, 3e série, année 1881.)

Ce mémoire a été publié à l'occasion de la discussion du Con-

seil municipal de Paris (27 déc. 1880) sur la police des mœurs et de la suppression de la brigade des agents qui en a été la conséquence.

Il a pour but de démontrer que la propagation de la syphilis devient d'années en années plus active; qu'il est nécessaire de l'arrêter, ou tout au moins de la limiter aussi étroitement que possible.

Je commence par établir que, tout en respectant la liberté individuelle, il faut également dans cette question se préoccuper d'un principe plus général, la santé publique, la sauvegarder autant que les lois actuelles le permettent.

Admettant que toutes les lois, tous les règlements administratifs doivent être basés sur l'absolu respect de la liberté individuelle, il est bien entendu que cette liberté, à son tour, doit être respectueuse de l'ordre général, et qu'elle ne doit pas sortir des limites où elle le violerait.

A ce point de vue donc, la société a le droit et même le devoir de se défendre contre les abus de la liberté individuelle. Dès qu'un danger la menace, elle doit mettre en garde les individus contre ce danger, soit en en supprimant la cause, soit, tout au moins, en leur en signalant l'existence.

Lorsqu'il s'agit d'un danger patent, matériel, tombant sous le sens commun, les administrations avertissent les citoyens sur les risques qu'ils courent en s'y exposant. Pourquoi n'en serait-il pas ainsi, alors qu'il s'agit de périls résultant de relations individuelles, périls qui, ici, ne sont pas seulement préjudiciables à l'individu lui-même, mais encore à la société tout entière, à la nation elle-même? A ce titre, la syphilis est un grand péril pour une nation, parce qu'elle est une cause de dépopulation et de dégénérescence de la race.

Or, si je démontre que par suite de la liberté laissée à la prostitution, et surtout à la prostitution clandestine, la syphilis se propage de plus en plus, qu'elle fait même des progrès alarmants, j'aurais ainsi démontré que la syphilis constitue un péril public, qu'il est nécessaire, tout en respectant la liberté individuelle, de restreindre les moyens de propagation, en conjurant les effets désastreux de la prostitution clandestine.

Ce sont les différents points que je traite dans ce mémoire, en prenant à l'appui de ma discussion: 1° La statistique de l'hôpital de Lourcine, qui montre que le nombre des malades, admises dans cet hôpital spécial, progresse d'année en année, au point qu'il devient insuffisant; que le nombre des malades venant aux consultations augmente sans cesse; 2° les observations des malades de mon service. Je montre notamment que des malades non guéries, sortant de l'hôpital, n'ayant aucun domicile connu, vivant au jour le jour, partagent le domicile de l'individu qui les rencontre et les emmène.

Pour remédier à cette propagation, je dis les efforts tentés jusqu'à ce jour et qui, aujourd'hui, sont stériles, l'administration n'étant plus armée pour la répression. Ceci établi, j'indique les moyens prophylactiques qu'il faudrait mettre en œuvre pour tarir sinon la source, du moins la maladie elle-même.

Parmi les remèdes destinés à obtenir ce résultat, je propose la création d'un hôpital d'internement, où tout malade viendrait se faire soigner librement, sans crainte de l'immixtion de l'administration, de la police, et s'engagerait à y rester jusqu'au moment où il serait considéré comme non contagieux. Il y aurait un hôpital pour les femmes et un pour les hommes; car c'est là un des côtés du problème qu'il ne faut négliger. Si la femme est un agent actif de la propagation de la syphilis, si elle peut contaminer plusieurs hommes, l'homme, à son tour, est un agent de cette propagation, et il peut contaminer plusieurs femmes. J'en rapporte une observation des plus intéressantes. Il s'agit de six femmes, entrées dans mon service, contaminées sciemment par le même individu.

16. — Note sur des chancres simples, non infectants du col de l'utérus, du vagin, de la vulve, du périnée, etc. — (Communiquée à la Société médicale des Hôpitaux, séance du 23 février 1883, et qui sera publié dans le Recueil des travaux de cette Société.)

Cette note a surtout pour but d'appeler l'attention sur l'existence de l'adénite péri-utérine chancreuse qui, dans le cas par-

ticulier, avait acquis un développement considérable et m'avait fait craindre un instant la suppuration, me permettant ainsi d'établir une comparaison entre le chancre vulvaire, l'adénite inguinale et le chancre du col utérin, du vagin, l'adénite péri-utérine.

Tout en signalant la guérison rapide du chancre simple du col utérin, je fais remarquer qu'il faut empêcher son auto-inoculation sur les parties environnantes, ainsi qu'il arrive fréquemment. Pour obvier à cet accident, j'indique le moyen que j'emploie, à savoir l'application d'un tampon de coton hydrophile, le chancre ayant été préalablement pansé avec un éthérolé d'iodoforme.

17. — Mémoire sur le chancre infectant du vagin, par M. Binet, interne de mon service. — (Journal la *France médicale*, n° 5, 1881.)

Le chancre infectant, le chancre syphilitique du vagin, n'était pas décrit, inconnu qu'il était des syphiligraphes. M. Fournier, dans sa statistique signale un cas dont il ne peut assurer la réalité. Ayant eu l'occasion d'en recueillir trois observations, j'ai prié mon interne, M. Binet, de faire à ce sujet un travail où se trouve résumée la conférence clinique que j'ai faite à ce sujet.

18. — Essai sur le chancre du vagin : chancre non infectant, chancre infectant. — (Thèse de M. le Dr Gardillon, Paris, 1881.)

Travail basé sur les observations recueillies dans mon service et sur mes conférences cliniques.

19. — Contribution a l'étude du chancre non infectant du col de l'utérus (variété diphthéroïde). — Travail fait à ma clinique de l'hôpital Lourcine, par M. de Molénes, interne de mon service (Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 2e série, 1881.)

Ce travail, basé sur plusieurs observations de chancre non infectant du col, est une critique des travaux faits antérieure-

ment en même temps qu'une étude complète de cette question. Il est, en outre, la confirmation des faits observés et décrits par M. Bernutz sous le nom de chancre diphthéroïde du col de l'utérus. Il contient enfin le relevé statistique des chancres simples observés dans mon service pendant une période de quatre ans (1877-1881), et reproduit le relevé fait par M. Binet, mon interne, au sujet des chancres infectants.

20. — Mémoire sur l'hypertrophie amygdalienne syphilitique, par M. Hamonic, interne des hôpitaux. — (Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1882.)

Dans ce travail, basé sur les observations recueillies dans mon service et sur mes conférences cliniques, M. Hamonic développe un fait qui a presque passé inaperçu des syphiligraphes, et dont on ne trouve pas la description dans leurs ouvrages, je veux parler de l'hypertrophie amygdalienne, décrite en Italie par Tauturi, et en France, au point de vue anatomique, par M. le professeur Cornil.

Pendant l'évolution de la syphilis, j'appelle constamment l'attention de mes élèves sur ce fait « qu'au moment où se produisent les diverses adénopathies qui constituent un des grands caractères cliniques de cette maladie constitutionnelle, il est fréquent de voir survenir une hypertrophie amygdalienne isolée ou accompagnée d'angine et de syphilides érosives, papulo-érosives, ulcéreuses. »

M. Hamonic étudie cette lésion tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique.

21. — De la syphilis anormale grave. — (Thèse de M. le Dr E. Ott, 1881.)

Mon élève, M. Ott met à profit mes conférences sur ce sujet pour tracer une étude de cette forme clinique de la syphilis que j'ai étudiée dans mes leçons sur la thérapeutique de cette affection.

22. — Des lésions des bourses séreuses sous-cutanées et tendineuses dans la syphilis secondaire. — (Thése de M. le Dr Bordes-Pages, Paris, 1882.)

MM. Verneuil et Fournier ont signalé les altérations des bourses tendineuses pendant la période dite secondaire de la syphilis. MM. Richet et Lancereaux ont étudié les synovites articulaires, l'arthrite tertiaire. Une lésion, celle des bourses séreuses sous-cutanées, avait, pour ainsi dire, passée inaperçue. Ayant eu l'occasion d'en recueillir plusieurs observations, j'ai pu en tracer une étude clinique complète que M. Bordes-Pagés a mise à profit pour la rédaction de son travail.

23. — De la syphilis utérine secondaire. — (Thèse de M. J. Foulquier, Paris, 1881.)

Thése basée sur mes leçons cliniques publiées dans le journal l'*Union médicale*, 1880.

24. — De la syphilis vaginale secondaire. — (Thèse de M. G. Prieur, Paris, 1881.)

Travail basé sur mes leçons cliniques publiées de même dans le journal l'*Union médicale* (1880).

25. — Des injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique dans le traitement de la syphilis. — (Thèse de M. N. de Mangell, Paris, 1882.)

Travail basé sur mes mémoires à la Société médicale des hôpitaux, et offerts à l'Académie de médecine.

26. — De quelques formes cliniques de la blennorrhagie localisée chez la femme. (Mémoire de M. Hamonic, mon interne, publié dans les Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1883.)

Astruc, M. A. Guérin ont signalé la localisation de la blennorrha-

gie, chez la femme, dans les nombreux follicules qui existent autour du méat urinaire. A leur exemple, j'ai étudié la localisation de cette affection virulente, et j'ai montré, dans mes conférences cliniques, la grande tendance de la blennorrhagie à se localiser dans les glandes de la vulve, notamment dans les glandes de Bartholin, dont elle devient une cause si fréquente d'inflammation; dans les diverticules de ces glandes existant au niveau de la fosse naviculaire, où elle est parfois l'origine d'abcès et de fistules, que j'ai désignées sous le nom d'*ano-vulvaires*, de préférence à celui d'ano-vaginales, donné par les chirurgiens; dans les follicules péri-uréthraux et dans les lacunes entourant l'urèthre, connues depuis Astruc sous le nom de *prostates*. Ces diverses localisations de la blennorrhagie, chez la femme, sont des plus importantes à connaître, parce qu'elles donnent l'explication nette et précise de la contagion blennorrhagique, ainsi que de certains faits qui pourraient faire croire que la blennorrhagie se développe chez l'homme, alors que la femme n'est pas atteinte d'une affection virulente. La connaissance de ces localisations met donc à néant l'opinion qui règne encore parmi la plupart des syphiligraphes et des médecins, à savoir la blennorrhagie de l'homme peut parfois être la conséquence d'une inflammation simple, non virulente des organes génito-sexuels de la femme ; en outre, elle confirme l'opinion de mon maître, M. le professeur Gosselin, « qu'une femme ne peut donner que ce qu'elle a ».

Le travail de mon interne, M. Hamonic, est le développement de mon enseignement clinique et de mes leçons non publiées, sur la blennorrhagie de la femme.

27. — Note sur un cas de fistule vestibulo-uréthrale d'origine blennorrhagique, par M. Lormand, interne de mon service (journal la *France médicale*, n° 37, 1883).

Il s'agit d'un fait, jusqu'à ce jour unique, de fistule due à un abcès développé dans l'une des lacunes péri-uréthrales (prostates), par suite de la localisation à ce niveau de l'affection blennorrhagique. Ce fait, observé sur une malade de mon service, et qui a

été l'objet de mes remarques lors de mes conférences cliniques, a été très bien étudié par mon interne.

28. — Essai critique sur le traitement de la vaginite. — (Thèse de M. le Dr Henri, Paris, 1879.)

Travail où se trouvent développées mes conférences sur le traitement de l'inflammation vaginale.

29. — Étude sur la métrite et les accidents péritonéaux d'origine blennorrhagique. — (Thèse de M. le Dr Ducos, Paris, 1880.)

Travail où se trouvent reproduites mes études sur l'adénolymphite péri-utérine et sur le rôle qu'elle joue dans le développement des accidents péri-utérins, attribués jusqu'à ce jour à l'extension de la blennorrhagie à ces organes.

On admettait, en effet, et quelques auteurs admettent encore, que la blennorrhagie peut amener à sa suite des accidents du côté de l'utérus, de ses annexes et du péritoine, par le fait de sa progression continue vers ces organes. Selon moi, et mes observations cliniques me confirment tous les jours dans l'opinion que je défends, les accidents péri-utérins, la pelvi-péritonite, l'ovarite, la salpingite, sont la conséquence de l'inflammation lymphatique développée par le fait de la métrite préexistante ou se déclarant par le fait de la blennorrhagie elle-même (métrite blennorrhagique).

PATHOLOGIE

30. — De la maladie d'Addison. — (Thèse de doctorat, Paris, 1863.) (Ouvrage couronné par la Faculté de médecine de Paris; prix Chateauvillard, 2e mention, 300 francs.)

Dans ce travail, après avoir décrit l'anatomie et la physiologie des capsules surrénales, je me pose les trois questions suivantes:

que doit-on entendre par maladie d'Addison? cette maladie existe-t-elle? quelle en est la nature?

Discutant les faits, les observations, les théories émises par les auteurs qui m'ont précédé dans cette étude, j'arrive à poser les conclusions suivantes :

1° La maladie d'Addison existe comme entite morhide.

2° La maladie d'Addison peut être considérée comme une névrose ayant son siège dans lc grand sympathique, névrose soit primitive, soit symptomatique.

3° L'altération des capsules surrénales dans cette maladie peut, à l'exemple de ce qui a été fait pour l'albuminurie, le goître cxophthalmique, être considérée comme secondaire.

4° Les capsules surrénales ne paraissent pas nécessaires à la vie.

31. — Des endocardites. — (Thèse d'agrégation, concours de 1865-1866.)

Après un historique de la question et une description sommaire de l'endocardite, j'étudie successivement, parmi les lésions qui caractérisent l'endocardite et les conséquences de cette inflammation, la rougeur, le ramollissement, la suppuration, l'ulcération, la déchirure des valvules, les anévrysmes valvulaires, les végétations, la transformation fibreuse, calcaire et osseuse, la dégénérescence athéromateuse; je discute la nature de ces altérations. Puis j'étudie l'endocardite chez le fœtus, et je donne quelques considérations générales sur le siége et la fréquence de l'endocardite.

Après avoir donné la description de la symptomatologie de l'endocardite, de son évolution, de ses complications, j'établis la classification des endocardites.

Les endocardites sont aiguës, subaiguës, chroniques ou traumatiques. Une classification plus importante consiste à diviser l'endocardite en primitive, protopathique, ou en secondaire, deutéropathique.

Cette classification donnée, je passe en revue les causes sous l'influence desquelles survient l'endocardite primitive ou secondaire. C'est ainsi que je signale le rhumatisme, les fièvres éruptives (scarlatine, variole, rougeole), l'érysipèle, l'érythème papuleux et noueux, la péricardite, la pneumonie, la pleurésie, la péritonite, la phlébite, la néphrite albumineuse, l'état puerpéral, l'alcoolisme, la syphilis. A propos de chaque cause, je rapporte des observations recueillies pendant mon internat dans les divers services que j'ai occupés auprès de mes maîtres, H. Roger, Frémy, Tardieu, Trousseau, N. Guillot, Hillairet, ou qui m'ont été fournies par mes collègues de l'internat et par plusieurs médecins des hôpitaux et professeurs, notamment MM. Charcot, Gubler, Bouilland.

32. — De l'endocardite, complication de la scarlatine (mémoire lu à la Société médico-chirurgicale de Paris, et publié dans le journal l'*Union médicale*, 27 et 29 décembre 1864).

L'endocardite, comme complication de la scarlatine, avait été signalée par les auteurs, mais aucun, sauf Bouillaud et Pigeaux, n'en avait donné une description complète, et, surtout, aucun n'avait recherché l'influence que la lésion de la séreuse intra-cardiaque peut avoir sur la marche et la terminaison de la scarlatine, sur les conséquences tardives qui découlent de cette complication.

Ayant observé, pendant mon internat, en 1863, à l'hôpital des Enfants-Malades, dans le service clinique de mon maître, M. H. Roger, plusieurs cas où l'endocardite était survenue dans le cours de la scarlatine, j'en fis l'objet de ce mémoire, afin d'appeler à nouveau l'attention des médecins sur cette complication, parfois assez grave, du moins quant aux conséquences éloignées sur la vie des enfants.

Mes observations sont au nombre de cinq que j'ai divisées en deux groupes : le premier comprend ceux où l'endocardite s'est montrée en dehors de toute complication ; le deuxième, ceux où l'inflammation de la séreuse est survenue pendant les douleurs

articulaires dénommées par certains auteurs du nom de rhumatisme scarlatineux.

Ce mémoire contient en outre une observation de scarlatine, compliquée d'endocardite aiguë et de rhumatisme articulaire, recueillie pendant mon internat à l'hôpital de la Charité dans le service de M. le professeur Natalis Guillot et remplacé à cette époque par M. le Dr Jules Guyot. Il s'agit d'une femme, âgée de 30 ans, ayant succombé subitement et à l'autopsie de laquelle je constatai les lésions de l'endocardite aiguë. Cette autopsie confirma les données fournies par la clinique.

33. — Leçon sur un cas de kyste hydatique de la rate, traité par la ponction et les injections de chloral et d'eucalyptus. Guérison. — (Journal l'*Union médicale*, 1873.)

Dans cette leçon faite au sujet d'une malade du service de M. le professeur A. Tardieu, à l'Hôtel-Dieu, alors que je le remplaçais comme médecin du bureau central, je passe en revue les différents travaux publiés sur les kystes de la rate. Après avoir fait la description de l'affection et avoir posé le diagnostic, j'arrive au traitement, aux différents procédés mis en œuvre pour obtenir la guérison du kyste hydatique de la rate. Je conclus à la cautérisation mise en usage par Recamier dans le traitement des kystes du foie, afin d'obtenir l'adhérence du kyste avec la paroi abdominale, puis à la ponction et au lavage par la solution du chloral à5 gr. pour 100 gr. d'eau, associée à la teinture d'encalyptus pour 0/0.

Ce traitement mis en œuvre me donna les résultats les plus heureux; la malade sortit guérie après quelques mois.

34. — Note sur un cas d'empoisonnement suraigu par l'arsenic. — (Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux, t. X, 1873.)

Observation d'un malade, non seulement intéressante par sa rareté dans les hôpitaux, mais encore par les difficultés du dia-

gnostic, dues aux défauts de renseignements, aux négations absolue's du malade.

L'analyse chimique, les recherches toxicologiques, les lésions stomacales trouvées à l'autopsie, démontrent la réalité de l'empoisonnement par l'arsenic. Une planche où se trouvent consignées les lésions accompagne cette note.

Chez ce malade je constatai des variations considérables de la température du corps, en conformité avec les expériences faites par le Dr Lolliot, à propos de sa thèse, sur l'étude physiologique de l'arsenic (Paris, 1868).

Ce fait présente aussi un symptôme remarquable, nullement signalé par les auteurs qui ont étudié l'empoisonnement par l'arsenic, je veux parler de la glycosurie que le malade présenta pendant sa vie. Ne sachant à quelle cause attribuer le sucre dans cet empoisonnement, je me suis demandé si, en me basant sur les faits bien authentiques de glycosurie due aux altérations de l'encéphale, notamment à celles qui ont pour siége le quatrième ventricule, ainsi que M. le Dr Luys en a rapporté des observations, je ne devais pas attribuer cette glycosurie à une lésion cérébrale, d'autant mieux qu'à l'autopsie je constatai une violente congestion de l'encéphale et principalement du quatrième ventricule.

35. — Mémoire pour servir a l'histoire de l'ataxie. — (*Gazette des hôpitaux*, 20 et 23 juillet 1867.)

Ce mémoire a été fait à l'occasion d'un malade que j'avais observé pendant mon internat à l'Hôtel-Dieu, chez M. le professeur Trousseau.

Ce malade, atteint de la perte de toute sensibilité générale et spéciale, musculaire et articulaire, conservait l'intégrité parfaite de la motilité sans ataxie.

A propos de cette observation, je me demande dans quelle partie de l'encéphale siégeait la lésion qui a produit les altérations de la sensibilité chez mon malade. La question de la locali-

sation cérébrale, aujourd'hui mieux étudiée, me préoccupait à cette époque, et je fais connaître l'état de la science et les expériences entreprises pour élucider ce point si intéressant et si important de la pathologie cérébrale.

36. — OBSERVATION RELATIVE A UN CAS D'INFLAMMATION AIGUE GÉNÉRALE ASCENDANTE DE LA SUBSTANCE GRISE DE LA MOELLE (PHÉO-MYÉLITE AIGUE GÉNÉRALE ASCENDANTE). — (Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux, t. XI, 1874.)

Cette observation, peut-être unique dans la science à cette époque, a été recueillie à l'hôpital de la Pitié, alors que je remplaçais M. le professeur Vulpian, en qualité de médecin du bureau central.

Elle est d'autant plus intéressante que la nécropsie a été faite et que l'examen microscopique des lésions est dû à M. Troisier, interne du service.

Il s'agit d'une paralysie ascendante aiguë, accompagnée de paralysie de la vessie et du rectum, de troubles trophiques du côté de la peau, terminée en dix-sept jours par la mort survenue par asphyxie.

A l'autopsie, nous constatons une lésion générale de la substance grise de la moelle, consistant dans la disparition presque complète des cellules nerveuses des cornes antérieures, dans l'altération granuleuse de celles qui restent, et des cellules des cornes postérieures; consistant surtout dans la présence de nombreux éléments sphériques accumulés en quelques points, sous formes de masses irrégulières remplaçant les groupes cellulaires disparus, et se retrouvant sur les parois des vaisseaux artériels; ces éléments paraissent dus à une prolifération nombreuse des myélocites. Cette lésion se retrouve sur les gaines péri-vasculaires des vaisseaux du bulbe. La substance blanche (tubes et névroglie) est intacte.

37. — NOTE SUR UN CAS D'ULCÉRATION TUBERCULEUSE DE L'ANUS ET DE LA FESSE GAUCHE CHEZ UN MALADE ATTEINT DE PRTHISIE PULMONAIRE ET D'ANGINE TUBERCULEUSE. (Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux, t. XI, 1874.)

Le moule de cette lésion est déposé au musée de l'hôpital Saint-Louis.

Les caractéres microscopiques de cette lésion rappellent en tous points ceux des lésions tuberculeuses des muqueuses linguale, labiale et pharyngée, si bien décrites par MM. Trélat, Féréol, Isambert, etc., etc.

38. — MÉMOIRE SUR LA PLEURÉSIE AIGUE SÉRO-FIBRINEUSE ET PURULENTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE PAR LA THORACENTÈSE ET L'OPÉRATION DE L'EMPYÈME. (Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux, t. XI, 1874.)

Ce mémoire est basé sur 27 observations : 23 ont pour objet la pleurésie aiguë traitée par la thoracentése; les quatre derniéres sont des exemples de pleurésie purulente traitée par l'opération de l'empyéme.

Sur les 23 observations de pleurésie aiguë, 19 se rapportent à la pleurésie protopathique, 4 à la pleurésie deutéropathique.

Sur les 19 cas de pleurésie aiguë protopathique, une seule thoracentése, chez 14 malades, a suffi pour guérir la pleurésie.

Chez 5 malades, il a fallu pratiquer deux fois la thoracentése pour obtenir la guérison de la pleurésie.

Relativement aux quatre observations de pleurésie deutéropathique traitée par la thoracentése, il s'agit d'un cas de pleurésie rhumatismale et de trois cas de pleurésie tuberculeuse. La guérison a été obtenue dans les quatre cas.

Dans tous ces faits de pleurésie traitée par la thoracentése, aucune complication n'est survenue soit pendant, soit aprés l'opération.

Je fais remarquer, en outre, que la phthisie pulmonaire est restée stationnaire ; que son évolution n'a pas été activée.

De même chez les malades atteints d'une affection cardiaque chronique, il n'est survenu aucune complication.

La température des malades, prise avant et après l'opération, a augmenté, cinq fois sur huit après l'opération, de deux et trois dixièmes.

Quatre malades atteints de pleurésie purulente ont été traités par l'opération de l'empyème. Je dois signaler plusieurs particularités intéressantes.

Le premier malade était atteint d'une pleurésie enkystée. L'opération eut lieu après la quatrième thoracentèse. Le pus évacué était fétide; je fis des lavages avec la solution de chloral au centième et d'essence d'eucalyptus. La fétidité disparut ; la guérison eut lieu avec déviation de la colonne vertébrale.

Chez le deuxième malade, l'opération fut pratiquée après la troisième thoracentèse ; de même, liquide fétide, lavage à l'eau chloralée. Guérison. — Mort plus tard par suite d'alcoolisme chronique.

Chez le troisième malade, les lavages furent faits avec de la teinture d'iode. Guérison.

Le quatrième malade, atteint de phthisie pulmonaire, de pleurésie avec perforation pulmonaire et hydro-pneumo-thorax, fut opéré vu la putridité du pus ; il mourut un mois après l'opération. Chez ce malade, je pus confirmer l'exactitude de l'explication donnée par Trousseau au sujet du tintement métallique, à savoir que ce phénomène consiste dans un bruit bronchique transmis à l'oreille à travers une cavité close remplie d'air.

Un fait intéressant ressort encore de ces opérations d'empyème, c'est l'action favorable des solutions de chloral en lavage dans les cavités purulentes, mise en évidence, du reste, par l'observation du kyste hydatique de la rate, mentionnée plus haut.

39. — Observation d'un kyste hydatique du foie. Mort subite après la ponction. (Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux, t. XII, 1875.)

Observation intéressante qui paraît prouver que la ponction d'un kyste hydatique de la face inférieure du foie peut produire la mort subite par paralysie réflexe du pneumo-gastrique.

40. — Note sur un cas de cirrhose hypertrophique aigue chez une femme syphilitique. (Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux, t. XII, 1875.)

Cas intéressant de cirrhose hypertrophique syphilitique (variété décrite par Gubler sous le nom forme hypertrophique générale avec induration).

Examen histologique pratiqué par MM. Cornil et Pitres.

41. — Note sur la fièvre typhoïde observée pendant l'épidémie de 1876. (Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux, t. XIV, 1877.)

Dans cette note, je signale l'abaissement de la température (39° à 36°) au moment où se produit, pendant l'évolution de la fièvre typhoïde, la péritonite par perforation. Pendant cette épidémie, j'ai observé trois cas de péritonite par propagation, sans perforation intestinale.

Je signale huit cas de guérison chez des malades ayant une hyperthermie considérable, 40° le matin, 40 et quelques dixièmes, et même 41 et deux dixièmes le soir.

Je rapporte un cas où une hémorrhagie intestinale considérable se déclara le 25e jour, et fut arrêtée par l'administration du sous-nitrate de bismuth à haute dose (1 gr. toutes les demi-heures). Le malade prit, en 24 heures, 48 gr. de sous-nitrate de bismuth.

Ce médicament, ainsi administré, m'avait déjà donné des résultats aussi heureux.

Cette épidémie a présenté, comme particularité intéressante, la fréquence de la pleuro-pneumonie, de la péritonite et de l'endocardite.

J'ai montré, en outre, que l'hyperthermie ne nécessite pas un traitement spécial.

42. — Note sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu par le chlorhydrate d'ammoniaque. (Bulletins et Mémoires de la Société de thérapeutique, t. V, 1873.)

Cette expérience thérapeutique a pour but de démontrer que le chlorhydrate d'ammoniaque exerce sur le rhumatisme articulaire aigu une influence aussi active que le chlorhydrate de triméthylamine.

Sur neuf cas ainsi traités, la guérison a eu lieu sept fois rapidement. Le sel ammoniaque produit l'abaissement de la température et diminue le pouls.

43. — Note sur un cas de coliques hépatiques avec augmentation de la température vaginale pendant l'accès. (Bulletins et mémoires de la Société de thérapeutique, t. V, 1873).

Il s'agit d'une femme chez laquelle j'ai constaté une grande élévation de la température du corps (40°9) pendant chaque accès de colique hépatique accompagnée d'une augmentation du volume du foie. Après l'accés, la température s'abaissait à 37°. Ce fait est d'autant plus intéressant qu'il n'avait pas été signalé par les auteurs, et qu'on ne peut attribuer cette augmentation de la température à un état fébrile due à la congestion hépatique, puisque la fièvre n'existait pas après la cessation de l'accès, et pourtant la congestion persistait

A ce propos, je me suis demandé s'il ne fallait pas faire jouer un rôle aux centres régulateurs de la température, situés dans la moelle, par suite d'une action réflexe ?

44. — Note sur le traitement du cancer par l'application de la solution de chloral. (Bulletins et mémoires de la Société de thérapeutique. Année 1874).

Dans cette note j'appelle l'attention sur les bons résultats que j'ai obtenus dans le pansement du cancer du sein et de l'utérus à l'aide d'une solution de chloral au 25°. Sous cette influence l'ulcération cancéreuse devient rouge, bourgeonnante ; l'odeur disparaît ; les hémorrhagies cessent.

45. — Note sur l'emploi des lavements de chloral dans l'accouchement prématuré. (Bulletins et mémoires de la Société de thérapeutique. Année 1874).

A plusieurs reprises j'ai observé l'efficacité du chloral pour arrêter le travail de l'avortement. Je signale dans cette note un cas où une femme, enceinte de quatre mois et demi, fut atteinte d'une pneumonie aiguë. Le troisième jour, les douleurs, annonçant un accouchement prématuré, accompagnées d'un écoulement sanguinolent, survinrent ; un lavement avec un gramme de chloral fut donné toutes les quatre heures ; cinq lavements suffirent pour arrêter le travail. La pneumonie guérit et la grossesse suivit son cours régulier.

46. — Observation d'un cas d'hydro-pneumothorax séreux guéri par la thoracentèse. (Bulletins et mémoires de la Société de thérapeutique. Année 1874).

Cette observation, désignée par erreur sous le nom de pneumothorax, est intéressante par suite de la guérison de la fistule pulmonaire.

47. — Observation d'un cas de diphthérie du pharynx et du larynx guérie par le saccharure de cubèbe. (Bulletins et mémoires de la Société de thérapeutique. Année 1874).

Cette observation est intéressante parce qu'elle montre l'effica-

cité du saccharure de cubèbe dans le traitement de la diphthérie, quoique l'enfant soit mort subitement huit jours environ après la disparition des fausses membranes.

48. — Du traitement du pityriasis capitis par les solutions de chloral. (Bulletins et mémoires de la Société de thérapeutique. Année 1876).

Je démontre dans cette note l'efficacité de ce traitement, confirmé par mon regretté maître, le professeur Tardieu.

Cette efficacité résulte de l'action modificatrice énergique du chloral sur la peau, mise en évidence par M. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, dans le traitement des affections prurigineuses.

En vertu de cette action, les sécrétions cutanées sont modifiées et, par suite de la stimulation des bulbes pileux, la croissance des cheveux est activée.

49. — Note sur le salicylate de chaux, en collaboration avec MM. Léger et Debœuf, internes en pharmacie. (Bulletins et mémoires de la Société de thérapeutique. Année 1876).

En 1876, remplaçant à l'hôpital de la Charité M. le Dr Bourdon, je résolus d'étudier l'action physiologique et thérapeutique de l'acide salicylique et de ses composés, alors en expérimentation dans divers services des hôpitaux de Paris.

Mes expériences, il est vrai, sont peu nombreuses, mais toutes ne m'ont donné que des résultats négatifs relativement à l'action de l'acide salicylique sur la température et sur la circulation.

Dans la fièvre typhoïde l'acide salicylique, dissous par le citrate d'ammoniaque à la dose de 4 et 7 grammes en vingt-quatre heures, n'a modifié en rien la température qui était de 41° et les pulsations au nombre de 120°.

De même dans le rhumatisme articulaire aigu, la température est restée à 40°, 39°, jusqu'au moment de la défervescence survenue le quinzième jour.

La sécrétion urinaire n'a pas été influencée par l'acide salicylique.

Après cette expérimentation, j'ai cherché sous quelle forme de sel l'acide salicylique devait être prescrit. Il n'est pas indifférent, en effet, de choisir telle ou telle préparation ou la base entrant pour une dose relativement élevée, peut exercer une action thérapeutique qui vicie dès le début les expériences. Là était toute la difficulté. L'acide salicylique, en effet, n'est pas soluble à froid dans l'eau, puisqu'il faut 1,000 grammes d'eau pour dissoudre un gramme de ce corps. Je priai donc mes internes en pharmacie MM. Léger et Dehœuf, de rechercher la base avec laquelle l'acide salicylique se combine de préférence à toute autre, d'en déterminer surtout la solubilité, afin que son administration fut facile sous un petit volume.

De leurs expériences il résulte que le salicylate de chaux répond à toutes ces indications.

50. — Observations. 1° D'un cas d'atrophie musculaire progressive d'origine arthritique; 2° d'un cas de scarlatine survenue dans le cours d'une pneumonie sans influencer cette dernière; 3° d'un cas d'intoxication par le sulfure de carbone, confirmatif du mémoire de Delpech; 4° d'un cas de fièvre bilieuse simple. (Recueil des travaux de la Société médicale d'observation de Paris, t. II, Paris, 1859-1863).

51. — Note sur deux cas de rhumatisme articulaire aigu avec manifestations viscérales multiples. (Recueil des travaux de la Société médicale d'observation, 2e série, t. I. Paris, 1865-1866.)

La première observation signale l'inflammation des bourses séreuses sous-cutanées trochantériennes, le rhumatisme cérébral (formes céphalalgique, délirante, comateuse), l'endo-péricardite, la pleurésie; guérison.

La deuxième signale de même l'inflammation des bourses sé-

reuses sous-cutanées trochantériennes, les manifestations spinales rhumatismales.

52. — Observation d'un cas de tumeur du cervelet. (Bulletins de la Société anatomique de Paris. 2e série, t. IV. Paris, 1859).

Observation offrant comme intérêt une céphalalgie persistante, un défaut de coordination des mouvements sans paralysie de la motilité et de la sensibilité; intelligence parfaite. Pas de vomissements. Exagération des fonctions génitales.

A l'autopsie, tumeur due à un épanchement sanguin ancien, située dans l'épaisseur de l'éminence vermiforme du lobe moyen du cervelet, n'ayant aucun rapport avec les pédoncules.

53. — Observation de diathèse cancéreuse et autopsie. (Bulletins de la Société anatomique de Paris. 2e série, t. V. 1860).

Tumeurs cancéreuses de la dure-mère, de la pie-mère cérébrale, du foie, du rein droit.

54. — Hémorrhagie de la protubérance annulaire. (Bulletins de la Société anatomique de Paris. 2e série, t. V, 1860.)

Observation intéressante par la paralysie croisée que présente ce malade avec conservation de la sensibilité.

A l'autopsie, caillot sanguin au centre de la protubérance annulaire, en arrière des tubercules quadrijumeaux intacts, occupant l'étage moyen et l'étage inférieur, se prolongeant d'un centimètre à peu près dans le pédoncule cérébelleux moyen droit et laissant intactes les radicules du nerf facial droit.

55. — Tumeur cancéreuse de la partie antérieure de la faux du cerveau et cancer du sein chez une femme atteinte d'un tremblement vertical. (Bulletins de la Société anatomique de Paris. 2e série, t. V, 1860.)

Fait intéressant par la généralisation du cancer.

56. — Ramollissement aigu de la moitié gauche de la protubérance annulaire; foyers anciens hémorrhagiques du corps strié droit, de la couche optique et du corps strié gauche. (Bulletins de la Société anatomique. 2e série, t. V, 1860.)

Cette observation est intéressante en ce qu'il n'y a pas eu de paralysie croisée. La paralysie faciale a existé du même côté que la paralysie des membres, c'est-à-dire, à gauche.

57. — Tumeur cancéreuse du médiastin; compression de la veine-cave supérieure. (Bulletins de la Société anatomique, 2e série, t. VI, 1861.)

Observation intéressante par les accidents de compression auxquels cette tumeur a donné lieu. Tous les caractères cliniques des tumeurs du médiastin s'y trouvent exactement relatés.

58. — Observation d'un cas de diabète sucré avec lésion du quatrième ventricule. (Bulletins de la Société anatomique, 2e série, t. VI, 1861.)

Observation intéressante par la lésion cérébrale constatée à l'autopsie. Elle confirme en tous points les opinions de M. le docteur Luys sur l'altération ventriculaire qu'il a décrite dans le diabète.

59. — Observation d'un cas d'infiltratiom charbonneuse des poumons chez un fondeur en cuivre, avec autopsie. (Bulletins de la Société anatomique, 2e série, t. VI, 1861.)

Outre les signes caractéristiques de cette affection si bien décrite par A. Tardieu, on constate, à l'autopsie, toutes les lésions qui caractérisent l'infiltration charbonneuse des poumons : cicatrices noires, particules de charbon dans les cellules pulmonaires, dans le tissu cellulaire interlobulaire, dans les ramifications bronchiques, ganglions bronchiques, tissu cellulaire suspleural.

L'examen microscopique et l'analyse chimique démontrent l'existence du charbon.

60. — Phlébite de la veine-porte. Infarctus hémorrhagiques du foie. (Bulletins de la Société anatomique, 2e série, t. VII, 1862.)

Les lésions anatomiques sont très étendues ; la veine-porte est complétement obstruée par un caillot blanchâtre, adhérent.

61. — Syphilis viscérale chez un fœtus de sept mois et demi. (Bulletins de la Société anatomique, 2e série, t. VII, 1862.)

Observation intéressante à plusieurs points de vue parce qu'elle est très précise.

Etant enceinte de quatre mois et demi cette malade contracte la syphilis d'un individu qui n'est pas le père de l'enfant. Jusque-là, grossesse sans accidents. Trois mois aprés le début de la syphilis, elle accouche prématurément d'un enfant qui meurt au bout de trois jours, ne présentant sur le corps aucune manifestation syphilitique.

L'examen microscopique des viscères, fait par M. Cornil, montre dans les poumons des lésions analogues aux gommes syphilitiques.

62. — Cancer de la partie inférieure de l'œsophage ; peau bronzée. (Bulletins de la société anatomique, 2e série, t. VIII, 1863.)

Cas intéressant par l'intégrité parfaite des organes : poumons, foie, rate, reins, capsules surrénales, intestins.

Le cancer occupait la portion inférieure de l'œsophage, et se terminait à 2 centimètres de distance du cardia. Au niveau du cardia, trois tumeurs de même nature ; ganglions mésentériques et ceux de la petite courbure volumineux, cancéreux.

Estomac était sain.

L'examen microscopique fut fait par Gubler et M. Cornil. Pour Gubler, ce cancer avait son point de départ dans les éléments musculaires sous-muqueux ; opinion qui fut partagée par M. Luys.

63. — Rétrécissement de l'œsophage consécutif a l'ingestion d'une certaine quantité d'eau de Javelle. (Bulletins de la Société anatomique, 2e série, t. VIII, 1863.)

Observation intéressante d'un rétrécissement inflammatoire de l'œsophage existant chez un enfant de huit ans admis dans le service de mon maître, M. H. Roger. Elle est de même intéressante par la grande étendue du rétrécissement qui occupait presque tout l'œsophage.

En relatant cette observation, je signale un autre exemple de rétrécissement de l'œsophage survenu de même chez un enfant après l'ingestion d'un liquide, connu dans le commerce sous le nom de lessive des blanchisseurs.

64. — Observation d'un cas de ramollissement du lobe droit du cervelet avec hémiplégie alterne. (Bulletins de la Société anatomique, 2e série, t. IX, 1864.)

Observation intéressante, où nous rencontrons la plupart des phénomènes caractéristiques des affections du cervelet, tels que céphalalgie opiniâtre, vomissements persistants, conservation de

l'intelligence et de la sensibilité, amaurose, paralysie de la motilité opposée à la lésion. A côté de ces phénomènes, on en rencontre deux qu'on ne trouve pas habituellement dans ces affections, la contracture des membres paralysés et une paralysie faciale droite existant du côté de la lésion cérébelleuse, d'où existence d'une paralysie alterne, qu'on ne rencontre habituellement que dans les lésions de la protubérance.

65. — Observation d'un déplacement congénial du rein gauche. (Bulletins de la Société anatomique, 2e série, t. IX, 1864.)

Le rein gauche était situé au niveau du petit bassin, en arrière du ligament large gauche ; il était accessible par le toucher vaginal.

66. — Observation d'altérations athéromateuses de l'artère pulmonaire. (Bulletins et Mémoires de la Société de biologie, 1861.)

Observations montrant, contrairement à l'opinion des Allemands, que l'artère pulmonaire, jusque dans ses fines ramifications, est susceptible de subir la dégénérescence athéromateuse, d'où l'explication, dans certains cas, de l'apoplexie pulmonaire par rupture du vaisseau. C'est, je crois, le premier cas qui existe dans les auteurs.

67. — Observation d'un cas de thrombose des deux artères vertébrales. (Bulletins de la Société anatomique, 2e série, t. X, 1865.)

Observation intéressante par l'absence d'altération de la sensibilité et de la motilité.

68. — Observation d'un cas de tumeurs de la moelle. (Bulletins de la Société anatomique, 2e série, t. X, 1665.)

Pendant la vie, on constate comme symptômes : une névralgie

intercostale, et une paralysie ayant débuté brusquement. La mort est due à une méningite spinale purulente ayant envahi toute la méninge cérébro-spinale.

A l'autopsie, la tumeur est située entre la dure-mère et la pie-mère, au niveau des racines postérieures des nerfs rachidiens du côté droit, en rapport avec le segment postérieur de la moelle de ce côté.

L'étude microscopique, faite par M. Cornil, démontre l'existence de myélocytes en grande quantité. Rien ne rappelle la structure d'une tumeur syphilitique.

69. — Lésions cardiaques multiples ; persistance du trou de Botal. (Bulletins de la Société anatomique, 2e série, t. X, 1865.)

Pendant la vie, frémissement ayant son maximum dans le cinquième espace intercostal, à un travers de doigt du bord gauche du sternum. A l'auscultation, à ce niveau, thrill double couvrant le premier bruit.

Articles de séméiologie dans le nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. (J.-B. Baillière et fils, Paris, 1863, et années suivantes.)

70. — Aphthes.
71. — Borborygmes.
72. — Boulimie.
73. — Céphalalgie, céphalée.
74. — Colique.
75. — Coma.
76. — Constipation.
77. — Crachats.

78. — DERMALGIE.

79. — ÉMACIATION.

80. — ÉPISTAXIS.

81. — MORVE ET FARCIN, en collaboration avec M. le professeur A. Tardieu.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur, 52, rue Madame et rue Monsieur-le-Prince, 14.